

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

en association avec

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES REPRÉSENTATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES DES
ERGOTHÉRAPEUTES SUR LEUR RÔLE EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN EDUCATION

PAR

MANON TREMBLAY

NOVEMBRE 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

DÉDICACE

À Geneviève et Charles-Étienne

REMERCIEMENTS

En tant qu'étudiante au doctorat, j'ai dû me référer à d'autres thèses doctorales pour apprendre et guider ma démarche de recherche. C'est alors que je me suis mise à m'intéresser aux remerciements qui accompagnaient la plupart de ces thèses. J'ai réalisé que derrière cette quête de savoir nouveau, il y avait une « humanité ». Sans ce côté humain, parvenir à mener à terme ce long processus est quasi impossible.

Pour ma part, j'aimerais remercier les personnes qui m'ont accompagnée durant ce périple. Je le ferai par ordre chronologique et non par ordre d'importance.

Merci à mon père qui m'a encouragée à poursuivre mes études. Il était mon plus grand soutien et mon meilleur ami. Merci à ma mère qui m'a accompagnée dans ma tâche de mère monoparentale, me permettant ainsi de suivre mes cours et d'investir de longues heures dans mes travaux.

Mille mercis à mon comité scientifique composé de Diane Dubeau du Département de psychoéducation et psychologie, ma directrice de thèse, Jacques Clément du Département des sciences de l'éducation, mon codirecteur et Louise Dumas, du Département des sciences infirmières, ma directrice de jury pour leur générosité : générosité à partager leur expertise, générosité dans le temps à passer à me relire, générosité dans le soutien qu'ils m'ont donné.

Merci à Jacinthe Savard et à Catherine Vallée, ergothérapeutes. Elles ont participé à deux entrevues réalisées avant ma collecte de données ce qui m'a aidée à raffiner mon protocole d'entrevue.

Merci à Danielle Massicotte, ergothérapeute retraitée qui a bénévolement transcrit mes vingt-quatre entrevues. Elle a été un ange pour moi. Merci à Paulette Guitard, ergothérapeute et professeure au programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa qui a accepté de revoir et de faire l'analyse de trois entrevues, et ce, malgré une charge de travail énorme. Merci à Rachel Thibault, ergothérapeute et professeure au Programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa pour sa relecture.

Merci à mes collègues étudiants au doctorat et à mes collègues de travail qui, à un moment donné ou l'autre, m'ont écoutée, me procurant du recul et parfois un nouvel éclairage pour avancer à nouveau dans mon projet.

Merci aux participantes et à tous ceux qui s'étaient montrés volontaires à participer à ce projet.

Finalement, merci à mes deux enfants qui pendant une longue tranche de leur vie (six années) m'ont soutenue sans jamais me reprocher le doctorat. C'est à eux d'ailleurs que je dédie mon doctorat. J'espère leur avoir transmis les valeurs que j'ai reçues de mes parents : l'honnêteté, le courage et le goût du dépassement.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xii
RÉSUMÉ.....	xiv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I.....	4
PROBLÉMATIQUE	4
CHAPITRE II.....	16
CADRE CONCEPTUEL	16
2.1 Représentations sociales.....	16
2.2 Représentations socioprofessionnelles	23
2.3 Santé	29
2.4 Éducation à la santé.....	34
2.4.1 Éducation sanitaire	35
2.4.2 Éducation à la santé de manière cognitiviste	36
2.4.3 Éducation à la santé de manière humaniste dans le cadre de la promotion de la santé.....	38
2.5 Modèles d'éducation à la santé	41
2.5.1 Modèles individuels	41
2.5.1.1 Théorie des croyances relatives à la santé	42
2.5.1.2 Théorie de l'action raisonnée.....	44
2.5.1.3 Théorie sociale cognitive	45
2.5.1.4 Théorie du comportement planifié.....	47
2.5.1.5 Théorie du cadre intégrateur	49
2.5.2 Modèles populationnels.....	53
2.5.2.1 Modèle Precede-Proceed	54
2.5.2.2 Modèle de promotion de la santé de la population	59

CHAPITRE III	63
MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	63
3.1 Approche de recherche.....	63
3.2 Principaux paramètres méthodologiques de l'étude.....	65
3.2.1 Participantes.....	65
3.2.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	65
3.2.1.2 Recrutement des participantes.....	68
3.2.1.3 Description des participantes.....	70
3.2.2 Mode de collecte de données	74
3.2.2.1 Protocole d'entrevue	75
3.2.2.2 Journal de bord.....	77
3.3 Rigueur méthodologique de la recherche.....	79
3.4 Considérations éthiques de l'étude.....	81
3.4.1 Consentement à la recherche.....	82
3.4.2 Confidentialité.....	82
3.4.3 Risques encourus.....	83
CHAPITRE IV	84
RÉSULTATS DE LA RECHERCHE.....	84
4.1 Référentiel commun des représentations socioprofessionnelles	86
4.1.1 Cognitions descriptives	86
4.1.1.1 Formation en éducation à la santé.....	87
4.1.1.2 Fonction d'éducateur des ergothérapeutes.....	88
4.1.1.3 Modèles d'éducation à la santé en ergothérapie	92
4.1.1.4 Concepts clés ergothérapeutiques en éducation à la santé.....	96
4.1.1.5 Définition de la santé	98
4.1.1.6 Prévention et promotion de la santé.....	101
4.1.1.7 Référentiel commun des cognitions descriptives.....	103
4.1.2 Cognitions prescriptives.....	104

4.1.2.1 Prévention et promotion de la santé dans la pratique ergothérapique	105
4.1.2.2 Prévention et promotion de la santé dans une pratique renouvelée ..	108
4.1.2.3 Bons coups en éducation à la santé	113
4.1.2.4 Référentiel commun des cognitions prescriptives	116
4.1.3 Cognitions évaluatives	117
4.1.3.1 Vision future du rôle de l'ergothérapeute en éducation à la santé	117
4.1.3.2 Image représentative du rôle de l'ergothérapeute en éducation à la santé	123
4.1.3.3 Obstacles en éducation à la santé	126
4.1.3.4 Occupation comme concept clé	132
4.1.3.5 Rôle en santé mentale	135
4.1.3.6 Référentiel commun des descriptions évaluatives	135
4.2 Prises de position individuelle par rapport au référentiel commun.....	136
4.2.1 Pragmatique accommodatrice – « Sherpa »	139
4.2.2 Pragmatique convergente – « Guide »	140
4.2.3 Théorique accommodatrice - « Interprète »	142
4.2.4 Théorique convergente - « Pilote »	143
CHAPITRE V	146
DISCUSSION	146
5.1 Référentiel commun	147
5.1.1 Cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives	147
5.1.2 Liens entre les cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives	150
5.2 Prises de position individuelle.....	153
5.3 Considérations méthodologiques	155
CONCLUSION	157
6.1 Contributions	157
6.2 Avenues prometteuses de recherche et de formation.....	160
RÉFÉRENCES.....	165

APPENDICE A	180
LETTRE D'ENTENTE AVEC L'ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC	180
APPENDICE B	182
QUESTIONNAIRE DES DONNÉES SOCIOPROFESSIONNELLES.....	182
APPENDICE C	184
PROTOCOLE D'ENTREVUE.....	184
APPENDICE D	188
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	188
APPENDICE E	196
COGNITIONS DESCRIPTIVES.....	196
APPENDICE F.....	201
COGNITIONS PRESCRIPTIVES.....	201
APPENDICE G	202
COGNITIONS ÉVALUATIVES.....	202
APPENDICE H.....	203
CATÉGORIES PRINCIPALES ET SATELLITES	203
APPENDICE I.....	208
PRISES DE POSITION INDIVIDUELLE PAR RAPPORT AU RÉFÉRENTIEL COMMUN	208

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation conceptuelle de la santé (Labonte, 1993).	30
Figure 2 : Modélisation de la théorie des croyances relatives à la santé (Becker, 1974)	43
Figure 3 : Modélisation des théories de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) et du comportement planifié (Ajzen, 1988).	48
Figure 4 : Modélisation de la théorie du cadre intégrateur (Godin, 2002).	52
Figure 5 : Modèle Precede-Proceed (Green et Kreuter, 1991).	54
Figure 6: Modèle de promotion de la santé de la population (Agence de santé publique du Canada, 2003).	60
Figure 7 : Schéma du processus de recherche qualitative (Savoie-Zajc, 2000).	64
Figure 8 : Prises de position individuelle par rapport au référentiel commun	138

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Catégories modulant l'intention d'adopter un comportement de santé selon la théorie du cadre intégrateur de Godin (2002).	50
Tableau 2 : Répartition des années d'expérience des participantes.	71
Tableau 3 : Champs de pratique des participantes.	72
Tableau 4 : Milieux de pratique des participantes.....	72
Tableau 5 : Clientèles desservies par les participantes.	73
Tableau 6 : Université décernant le diplôme en ergothérapie des participantes.	73
Tableau 7 : Rôle des ergothérapeutes.....	74
Tableau 8: Protocole d'entrevue en lien avec les cognitions.....	76
Tableau 9 : Formation en éducation à la santé des participantes.	87
Tableau 10 : Catégories relatives à la fonction d'éducateur des ergothérapeutes.....	88
Tableau 11 : Catégories relatives aux modèles d'éducation à la santé utilisés par les ergothérapeutes.....	93
Tableau 12 : Concepts clés pour l'éducation à la santé en ergothérapie.....	97
Tableau 13: Catégories relatives à la définition de la santé dans un modèle non biomédical	98
Tableau 14 : Catégories relatives à la prévention et promotion de la santé.	106
Tableau 15 : Catégories relatives à la pratique renouvelée de l'éducation à la santé en ergothérapie.....	109
Tableau 16 : Catégories relatives aux bons coups des ergothérapeutes en éducation à la santé.....	113
Tableau 17 : Catégories relatives à la vision positive du rôle futur des ergothérapeutes en éducation à la santé.....	118

Tableau 19 : Catégories relatives aux obstacles à l'intervention en éducation à la santé des ergothérapeutes.	126
Tableau 20: Catégories relatives aux obstacles d'ordre opérationnel à l'intervention en éducation à la santé des ergothérapeutes.	127
Tableau 21 : Catégories relatives à l'occupation comme concept clé de la pratique des ergothérapeutes.	133

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CAP	Contact action prévention
CLSC	Centre local de services communautaires
Dx	Diagnostic
ICRA	Institut canadien des recherches avancées
MCRO	Modèle canadien du rendement occupationnel
MSNBS	Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
MPSP	Modèle de promotion de la santé de la population
MSOT ¹	Manitoba Society of Occupational Therapists

¹ L'acronyme est anglais car il n'existe pas de titre officiel en français.

OEO	Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PDSB	Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PPH	Production du processus du handicap
PRÉVICAP	Modèle de PRÉVention des situations de handICAP au travail ²
RVC	Département du retour à la vie civile
SCHL	Société centrale d'hypothèque et de logement
TAR	Théorie de l'action raisonnée
TCC	Traumatisme crânien cérébral
TCP	Théorie du comportement planifié

² La typographie respecte celle retrouvée dans les écrits scientifiques.

RÉSUMÉ

Les considérations économiques engendrées par une pénurie de ressources humaines et matérielles dans le domaine de la santé ont donné lieu à une restructuration de l'exercice professionnel des différents acteurs du système de santé. Dans une optique d'évaluation et d'imputabilité des services, la précision du rôle particulier des ergothérapeutes concernant l'éducation à la santé est importante. Bien que ce rôle soit clairement énoncé par l'Association canadienne d'ergothérapie, la documentation est relativement parcimonieuse quant aux pratiques des ergothérapeutes en ce domaine. Ce constat incite ainsi à élargir l'éducation à la santé comme objet d'études en explorant le concept de représentations socioprofessionnelles. Il s'agit d'une avenue prometteuse de recherche qui permet d'aborder et de décrire l'ensemble des connaissances, des opinions et des visions d'un groupe professionnel par rapport à un objet qui détermine leurs actions. Cette étude a ainsi pour but de décrire les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé. Deux stratégies d'analyse seront utilisées. La première, qualifiée de référentiel commun, concerne l'ensemble des connaissances, des actions et des visions qui sont communes aux ergothérapeutes. La seconde stratégie se centre sur les prises de position individuelle par rapport à ce référentiel commun.

L'approche de recherche adoptée est qualitative prenant en compte la nature exploratoire de l'étude. Le mode d'échantillonnage retenu est dit théorique ou intentionnel. Les critères d'inclusion des participantes sont : être ergothérapeute, pratiquer à titre de clinicienne³ au Québec, détenir un baccalauréat en ergothérapie et avoir cinq années d'expérience professionnelle. Au total, 24 ergothérapeutes provenant de divers champs de pratique, dont la déficience intellectuelle, la santé mentale et la santé physique ont participé à l'étude. La moyenne d'années d'expérience des participantes est 11,35 années.

Pour faire émerger les connaissances, les opinions et la vision des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé, des entrevues semi-dirigées ont été menées. Les entrevues ont été analysées et codifiées en s'appuyant sur le cadre conceptuel de l'étude qui se centre sur les définitions de la santé et les modèles d'éducation à la santé.

³ Le terme ergothérapeute sera utilisé au féminin puisque cette profession est à prédominance féminine. Lorsqu'il sera écrit l'ergothérapeute, le lecteur devra comprendre une ergothérapeute. Ce choix a pour but d'alléger le texte.

Les résultats démontrent que malgré un manque de formation en éducation à la santé, les ergothérapeutes interrogées possèdent un référentiel commun quant à ce rôle. Elles mentionnent jouer un rôle actif en éducation à la santé principalement dans le contexte d'un travail d'équipe interdisciplinaire. Leurs discours illustrent un rôle éducatif s'adressant à une clientèle cible (client, famille, collègue) en prévention secondaire et tertiaire. Leur enseignement est jugé pratique et utile se percevant avant tout comme des vulgarisateurs d'information. Leur manque de connaissances des modèles en éducation les amène à utiliser des modèles expérientiels, des modèles de pratique ergothérapique ou encore des modèles d'intervention de l'équipe multidisciplinaire. Leurs interventions sont cependant perçues aidantes et permettent, entre autres, à des individus de demeurer actifs dans leur environnement et de continuer à participer à leurs occupations. Ce manque de formation initiale ou continue en éducation à la santé pourrait également expliquer la difficulté des ergothérapeutes à intervenir en prévention primaire et ce, malgré une vision future où le rôle de consultant et le volet préventif gagneront en importance. Les ergothérapeutes ne possèdent pas le langage utilisé par les autres professionnels impliqués en santé publique⁴ et elles omettent, à tout le moins dans leurs discours, d'identifier des éléments essentiels contribuant à l'adoption d'un comportement lié à la santé. Il s'agit entre autres, du contrôle perçu et de l'attitude par rapport au dit comportement.

La deuxième stratégie d'analyse portant sur les prises de position individuelle par rapport au référentiel commun a contribué à enrichir la compréhension du rôle des ergothérapeutes en éducation à la santé en identifiant quatre typologies d'éducateur. Comparativement à la première stratégie qui visait une synthèse des réponses à une question pour l'ensemble des participantes (approche inter-sujet), cette deuxième stratégie s'intéresse aux éléments communs issus des réponses aux différentes questions pour une même participante (approche intra-sujet). Deux axes principaux permettent de distinguer les participantes : 1) pragmatique – théorique; et 2) convergent – accommodateur. La combinaison des pôles de chacun de ces axes a ainsi permis d'identifier quatre types d'éducateur à la santé.

⁴ La santé publique est définie par un rapport sur l'Institut de santé publique du Québec (1997) comme l'étude d'une part des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé de la population et d'autre part des actions en vue d'améliorer la santé de la population... est fournie seulement par les gouvernements et les organismes gouvernementaux et comprend les dépenses liées à des éléments tels que la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections sanitaires, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique, les mesures de prévention de la propagation des maladies transmissibles et les mesures visant à promouvoir et à améliorer la santé et la sécurité en milieu de travail dans les organismes publics. Accès : http://fr.wikipedia.org/wiki/Santé_publicue.

Comme retombée, cette étude fournit un cadre de référence pour développer de la formation continue pour les ergothérapeutes en éducation à la santé.

Mots-clés : Représentations socioprofessionnelles, éducation à la santé.

INTRODUCTION

La santé est un sujet d'actualité qui préoccupe tout aussi bien l'individu, la famille, les environnements de services que les dirigeants politiques. Les connaissances et les technologies nouvelles permettent désormais de dépister et de traiter de façon précoce les problèmes de santé favorisant ainsi l'augmentation de l'espérance de vie (Agence de la santé publique du Canada, 1997). Ces changements positifs s'accompagnent inévitablement de questionnements sur les coûts et sur la qualité associés à cette espérance accrue de vie. En effet, il n'est pas tout de vivre plus vieux, mais faut-il qu'il y ait qualité de vie. Ces deux enjeux (coût et qualité de vie) s'inscrivent en conformité aux perspectives récentes d'éducation à la santé et de réforme des soins de santé (Trudel, 2004).

Pour maintenir le système de santé publique qui est considéré par la population canadienne comme un trait important de son identité (Agence de la santé publique du Canada, 1997), il apparaît essentiel de contrer les coûts qui ne cessent de s'accroître. À ce titre, l'éducation à la santé devient un pilier du système de santé en aidant les gens à prendre leur santé en main. L'éducation à la santé cherche à bien informer les gens et les aide à adopter des habitudes de vie saines. Par le fait même, elle leur permet de préserver leur santé voire de l'améliorer. Pour répondre à ces objectifs et à ce changement de vision sur la prestation des services, la collaboration de nombreux professionnels est requise. Longtemps reconnue et assumée par les médecins et les infirmières, l'éducation à la santé fait désormais partie des rôles attribués aux autres professionnels en santé dont les ergothérapeutes⁵ (Ordre des ergothérapeutes du

⁵ Le terme ergothérapeute sera utilisé au féminin puisque cette profession est à prédominance féminine. Lorsqu'il sera écrit l'ergothérapeute, le lecteur devra comprendre une ergothérapeute

canadienne des ergothérapeutes dans ses dernières lignes directrices (Townsend et Polatajko, 2007).

« Educate is a key enablement skill and one of the historic knowledge foundation of occupational Therapy (...) educate contributes to competency role of *change agent* (Townsend et Polatajko, 2007:124)⁶. »

En effet, un grand nombre d'interventions ergothérapeutiques relèvent de l'éducation. Citons l'enseignement au fauteuil roulant, l'enseignement de l'anatomie et des principes de manutention de charges pour les patients avec maux de dos, l'enseignement aux parents du développement de l'enfant handicapé et l'adaptation du jeu correspondant à son stade de développement.

Désormais reconnu par le discours tenu par les professionnels de la santé et des services sociaux, il est toutefois plus difficile de cerner toutes les manifestations du rôle d'éducateur à la santé des ergothérapeutes sur le plan des pratiques professionnelles ou de la reddition des comptes. Pour actualiser cette perspective, il est crucial de comprendre l'apport potentiel des différentes professions, notamment en ergothérapie. La compréhension du rôle actuel et potentiel des ergothérapeutes en éducation à la santé passe par la mise à jour des connaissances, des actions ergothérapeutiques utiles en éducation à la santé ainsi que par leur vision et l'évaluation de ce rôle précis. Le concept de représentations socioprofessionnelles devient utile en permettant de cibler les connaissances, les actions et les visions d'un groupe professionnel sur un objet particulier. Cette recherche vise à décrire les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle particulier quant à cet enjeu social, politique et professionnel qu'est l'éducation à la santé.

⁶ Pour éviter toute ambiguïté et interprétation de sens dans la traduction, la citation est en anglais puisque l'ouvrage n'est pas encore disponible en français.

Le premier chapitre de la thèse se centre sur une description de la problématique de recherche et sur sa pertinence. Le second chapitre traite du cadre conceptuel étayant ainsi les différents concepts clés de cette recherche, dont les représentations socioprofessionnelles, la santé, l'éducation à la santé et les modèles d'éducation à la santé. Le troisième chapitre décrit la méthodologie de recherche. Finalement, les derniers chapitres abordent respectivement les résultats, la discussion des résultats revus à la lumière du cadre conceptuel et la conclusion.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Depuis les trente dernières années, les préoccupations relatives au coût et à la qualité de vie ont poussé les instances politiques et les chercheurs à s'interroger sur les approches éducatives efficaces, valables et novatrices dans le domaine de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 1983, 2001; Whitehead, 2001). L'éducation à la santé devient ainsi un atout majeur dans la problématique de la santé, car elle est perçue par les bailleurs de fonds comme un moyen judicieux d'influencer les individus et de diminuer les coûts du système de santé tout en favorisant une meilleure qualité de vie (Goetzel, 2001).

L'éducation à la santé est le résultat d'une évolution à la fois sociétale et professionnelle. D'une part, les changements sociétaux accordent une place de plus en plus importante à la participation des citoyens, à l'équité et à la qualité de vie (Cockburn et Trentham, 2002). En réponse aux attentes de la société nord-américaine visant la responsabilisation des personnes à l'égard de leur santé, l'éducation à la santé représente un outil pertinent (Romanow, 2003). D'autre part, tous les professionnels de la santé devraient avoir un rôle à assumer quant à cet enjeu sociétal et politique. Historiquement, l'éducation à la santé relevait des intervenants de la santé publique, des infirmières et des médecins. À l'heure actuelle, ce rôle est également attribué à d'autres professions de la santé comme l'audiologie, l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie (Association canadienne de

physiothérapie, 2000; Commission des États généraux des orthophonistes et audiologistes du Québec, 2002; Foto, 1997; McComas et Harris, 1996, Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2004b).

Parmi ces professions, l'ergothérapie apparaît particulièrement pertinente. Premièrement, la croyance que l'occupation contribue à la santé est fondamentale dans la pratique de l'ergothérapie (Wilcock, 2006). Par la promotion de l'occupation, l'ergothérapeute agit directement sur la santé. De plus, l'éducation a toujours été dès les tout débuts de la définition de cette profession (plan historique voir citation p. 2). Les diverses compétences des ergothérapeutes peuvent aider à améliorer la qualité de vie des gens et à promouvoir la santé. L'approche centrée sur le client, les connaissances du processus d'évaluation globale et les analyses liées au travail, aux loisirs ou au fonctionnement quotidien en sont des exemples.

L'ergothérapie, dont la pratique comporte un volet éducatif, est une profession relativement jeune. Elle existe au Canada depuis 1926. Ses débuts réels remontent après la Première Guerre mondiale.

« L'essence de la discipline n'a commencé à prendre forme qu'à partir de la Première Guerre mondiale, lorsque le Département du retour à la vie civile (RVC) a organisé des cours en médecine d'urgence à l'intention des aides de guerre (connues également sous le nom d'aides occupationnelles) à Toronto et à Montréal (Friedland, Robinson et Cardwell, 2001, accès : <http://www.caot.ca/otnow/jan01-fr/jan01-history.cfm>) ».

Les ergothérapeutes travaillent dans différents milieux, entre autres, dans des établissements de soins de santé (hôpital communautaire ou universitaire, centre de réadaptation), dans des programmes de maintien à domicile des Centres locaux de services communautaires (CLSC), en santé communautaire, en milieu scolaire, en service de garde ou dans des groupes d'entraide.

Le rôle d'éducateur est reconnu comme étant l'un des rôles de l'ergothérapeute dans les services directs⁷ et indirects⁸ (Cynkin et Robinson, 1990; Dubouloz et Sveistrup, 1995; Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MSNBS) et ACE, 1986). L'ergothérapeute éduque les clients par rapport à leur handicap et enseigne de nouvelles techniques permettant d'accomplir les tâches quotidiennes.

« L'ergothérapie est une profession de la santé qui vise à promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Le principal objectif de l'ergothérapie est de donner à chacun la possibilité de prendre part aux activités quotidiennes. Les ergothérapeutes reçoivent une formation étendue leur donnant les connaissances et les compétences pour travailler avec des personnes de tous âges, présentant des déficits corporels ou fonctionnels et qui sont confrontées à des obstacles empêchant leur participation. Ces obstacles peuvent résulter d'une lésion de la structure corporelle, d'un changement de la capacité fonctionnelle ou de barrières sociales et environnementales (ACE, 2008 adapté de la définition de la Fédération mondiale des ergothérapeutes, 2004 : <http://www.caot.ca/>) ».

Les premières lignes directrices pour la pratique de l'ergothérapie ont été émises en 1983 par le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MSNBS), puis révisées, pour une première fois, en 1986 (MSNBS et ACE, 1986) et une seconde fois, en 1997 (ACE, 1997). La dernière mise à jour remonte à 2007 (Townsend et Polatajko, 2007). La révision de 1986 s'avérait nécessaire pour répondre aux changements sociaux et aux initiatives gouvernementales. Parmi ces initiatives, notons le rapport *Obstacles* qui faisait état des différentes barrières auxquelles se heurtent les personnes handicapées et l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés* qui conférait aux personnes handicapées le droit de porter devant les

⁷ Toute intervention thérapeutique planifiée faite pour le client en sa présence.

⁸ Toute activité liée au traitement sans la présence du client (p.ex.: réunion, préparation de thérapie, rédaction de rapports).

tribunaux les causes faisant obstacle à leur participation (cité dans MSNBS et ACE, 1986). La personne handicapée n'était plus perçue comme un consommateur, mais comme un décideur. Les changements sociaux font également mention d'un mouvement vers la pratique communautaire,³ une conscientisation au sujet du vieillissement de la population et du multiculturalisme (MSNBS et ACE, 1986). Ces changements sociaux ont modifié l'exercice de la profession. Depuis 1990, une série d'initiatives politiques et de lois gouvernementales a entraîné le passage d'une grande partie des soins de réadaptation dans la communauté (Williams et coll., 2004). La pratique communautaire est désormais incluse dans les contenus des *curricula* universitaires.

En 1997, un groupe de travail pancanadien réexaminait les lignes directrices de la pratique de l'ergothérapie, en tenant compte des éléments contextuels mis de l'avant dans trois rapports : la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (OMS, 1986), *La santé pour tous : un plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (MSNBS, 1986), *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre* (MSNBS, 1988). Ces éléments contextuels étaient alors la réforme des soins de santé dont la gestion par programmes, la promotion de la santé ainsi que les transformations des valeurs et des attentes sociétales telles que l'autoprise en charge et la participation des citoyens aux prises de décision. Dans la révision de 1997, l'ACE remplaçait le concept d'occupation comme déterminant dans la pratique de l'ergothérapie. L'occupation inclut un emploi rémunéré, du bénévolat, une activité de la vie quotidienne, un loisir, une activité significative telle qu'un passe-temps.

« Elle désigne l'ensemble des activités fonctionnelles qui sont définies, organisées et valorisées par les individus et la culture qui leur est associée. »
(ACE, 1997: 3)

En 2007, l'ACE publiait les plus récentes lignes directrices pour la pratique de l'ergothérapie au Canada «Enabling occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice» (Townsend et Polatajko, 2007). Cet ouvrage, issu du travail d'un groupe d'ergothérapeutes-professeurs, appuie le rôle potentiel de l'ergothérapeute en éducation à la santé. L'éducation est conçue comme une habileté clé qui s'adresse à des individus, des groupes ou à la collectivité par l'entremise de mise en situation, de simulation et d'information (Townsend et coll., 2007a). L'ergothérapeute facilite⁹ l'occupation en faisant appel à des habiletés éducatives principalement expérientielles et comportementales (Townsend et coll., 2007a). L'occupation est essentielle à la survie, au bien-être et à la santé (Wilcock, 2006). C'est par celle-ci qu'un individu transige avec son environnement (Polatajko et coll., 2007). Pour un individu, le choix et le contrôle de ses occupations ont un effet direct sur son état de santé et de bien-être (Eklund et Leufstadius, 2007).

Elles sont des expertes pour évaluer la capacité fonctionnelle des individus. Leur évaluation de cette capacité a un impact considérable sur la vie des gens : réintégration ou non à leur travail, droit à de l'indemnité, accès à des revenus complémentaires et droit de recevoir du soutien supplémentaire. Au Québec, la loi 25 confère aux ergothérapeutes des activités réservées: procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi; évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique; prodiguer des traitements reliés aux plaies et décider de l'utilisation de mesures de contention.

⁹ Faciliter est la traduction pour enable. Enabling (verb) and enablement (noun), focused on occupation is a core competency of occupational therapy, drawing on interwoven spectrum of key and related enablement skills which are value-based, collaborative, attentive to power inequities and diversity, and charged visions of possibility for individual and/or social change (Townsend et Polatajko, 2007:111).

L'ACE incite de plus en plus ses membres à intervenir dans une optique de prévention. Dans une campagne de promotion de la santé, l'ACE affirme que les ergothérapeutes peuvent aider à la promotion de la santé mentale en milieu de travail en éduquant les employés sur le stress, la dépression et sur d'autres problèmes liés à la santé ainsi que par l'évaluation de l'adéquation entre les demandes de l'emploi et les caractéristiques du travailleur (Cockburn, Kirsh, Krupa et Gerwurtz, 2004).

Déjà en 1993, Rollin-Gagnon, dans un avis de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), enjoint ses membres à jouer un rôle actif dans la promotion de la santé en raison des changements structurels dans le domaine de la santé. Par le biais de l'éducation à la santé, les ergothérapeutes peuvent contribuer à la santé collective en offrant une part de leur expertise et en développant une spécificité disciplinaire dans ce domaine. En 2004, l'OEQ, dans un guide traitant de l'application de la Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi 90, sanctionné, voir OEQ, 2004a), soulignait que le Code des professions du Québec à l'article 39.4 faisait état d'une zone commune d'activités pour les professions de la santé. Il s'agit de l'information, de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles, et des collectivités. L'OEQ renforce alors que l'occupation est l'élément central dans la promotion de la santé et mentionne cinq activités professionnelles ergothérapiques reliées à la prévention et promotion. : 1) la réduction des facteurs de risques les plus courants reliés aux problèmes de santé et la promotion de la participation active à des occupations significatives 2) la promotion des principes d'accessibilité universelle auprès des décideurs; 3) la contribution à des activités de recherche; 4) la conception de programme de la santé et de prévention à l'intention du public; 5) la participation à des activités d'information et de formation relatives à la prévention pour le public en général.

Les écrits en ergothérapie témoignent que la profession possède un corpus de connaissances utiles dans un contexte d'éducation à la santé qui serait, à l'heure actuelle, appliquées surtout à la clientèle gériatrique et en contexte de retour au travail (Bloomer, 1996). Selon Maynard (2000), ces connaissances portent plus spécifiquement sur un environnement sécuritaire à domicile ¹⁰, les principes ergonomiques au travail ainsi que sur l'équilibre occupationnel et l'analyse des tâches.

En 2006, la « Manitoba Society of Occupational Therapists » (MSOT) publiait un rapport révélant des données issues de la recherche appuyant le rôle de l'ergothérapeute sur les plans de la prévention et de la promotion de la santé mentale et physique dans les soins primaires de santé avec les enfants, les personnes âgées et les sans-abri. L'occupation étant conçue comme un déterminant de la santé, l'ergothérapeute peut contribuer dans ce secteur d'activité par un service direct de consultation et d'éducation. Par exemple, avec les clients aux prises avec une maladie chronique et persistante, l'ergothérapeute peut enseigner des principes d'autogestion. Avec la clientèle à haut risque de chute telle que les personnes âgées en perte d'autonomie, l'intervention ergothérapique est valide pour prévenir et réduire le nombre de chutes, entre autres, grâce aux modifications environnementales et à l'éducation prodiguée (Close et coll., 1999, Tolley et Atwal, 2003 cités dans MSOT, 2006). L'ergothérapeute peut enseigner aux parents comment stimuler le développement de leur enfant atteint d'un retard développemental. L'éducation sur l'impact de la condition de l'enfant est une composante importante qui aide la famille et les soignants à comprendre l'incapacité de l'enfant et à accepter les modifications environnementales. L'éducation fait partie intégrante des interventions en ergothérapie. Les ergothérapeutes réalisent principalement leurs interventions d'éducation à la santé dans un contexte de prévention secondaire (clientèle à haut

¹⁰ Environnement physique dépourvu d'obstacles

risque) et tertiaire (clientèle déjà aux prises avec la maladie). Il serait opportun de développer l'éducation de la santé dans un contexte de prévention primaire et de promotion de la santé, c'est-à-dire avant même l'apparition de la maladie afin de répondre aux nouvelles attentes sociétales à l'égard des ergothérapeutes qui œuvrent dans des milieux d'intervention très variés (Rollin-Gagnon, 1993).

La présente étude s'inscrit dans ce contexte de changement et de remodelage de l'exercice professionnel des différents acteurs du système de santé. Les considérations économiques engendrées par une pénurie de ressources humaines et matérielles dans le domaine de la santé accentuent le besoin de raffiner les rôles. L'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario (2004) décrit le contexte actuel des soins en santé comme un contexte d'expansion de soins primaires et communautaires où les divers professionnels de la santé seront incités à redéfinir leur pratique. Plus spécifiquement, dans son rapport stratégique 2005-2008, le réseau ontarien en réadaptation appuie le rôle changeant en réadaptation au niveau des services communautaires, des soins primaires, de la continuité des soins, de la prévention de la maladie, de la promotion de la santé, de la gestion de la maladie chronique et des services d'urgence (Rehab Network, 2005). Dans une optique d'évaluation et d'imputabilité des services, la précision du rôle et des interventions des ergothérapeutes concernant l'éducation à la santé est importante. De façon générale, on peut avancer que le rôle d'éducateur est soutenu par la recherche qui démontre l'efficacité des interventions ergothérapiques incluant une composante éducative. Les stratégies éducatives décrites dans « Enabling occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice » (Townsend et Polatajko, 2007) se résument à : démontrer, instruire, informer, stimuler, enseigner, entraîner et faire un apprentissage répétitif (Townsend et coll., 2007a).

La recension des écrits scientifiques met en lumière l'efficacité des interventions et des programmes d'intervention en ergothérapie qui comportent un aspect éducatif; par exemple, les programmes s'adressant à une clientèle arthritique avec douleur chronique (Goodacre, 2006), ou encore les programmes pour les personnes avec sclérose multiple (Finlayson et Holberg, 2007; Marion, 2004). Selon Wehrmann, Reid, Chiu et Sinclair (2006), les enseignants à l'école primaire bénéficieraient d'une plus grande éducation relative aux difficultés motrices des enfants et aux façons d'implanter les stratégies ergothérapiques visant à améliorer les difficultés motrices fines. Eklund et Ivanoff (2006) notent également l'impact positif d'un programme d'éducation à la santé sur la participation des personnes atteintes de dégénérescence maculaire¹¹ à leurs activités quotidiennes (Franchuk, 2007). Des ouvrages utiles pour l'éducation à la santé dans le cadre des services d'ergothérapie sont aussi disponibles. Mentionnons les guides à l'intention des parents et des professionnels : 1) sur les enfants ayant des déficits visuels où on traite de l'impact du handicap sur les activités quotidiennes; 2) sur les habiletés motrices d'un enfant avec le syndrome de Down (Henry, 2007); et 3) pour les enfants autistiques (Marion, 2001). Cette recension des écrits appuie le besoin d'éduquer les patients et les personnes significatives de leur entourage ainsi que les intervenants afin que ceux-ci adhèrent au traitement et se prennent en charge (Shaw et coll., 2008). Ce volet éducatif s'inscrit toutefois à l'intérieur d'une approche préventive avec des gens déjà aux prises avec une maladie.

Il y a toutefois peu de documentation faisant état de la situation actuelle des ergothérapeutes quant à l'éducation à la santé dans un contexte de promotion que ce soit en regard de leur rôle en éducation à la santé, à leurs opinions quant à cet aspect de leur service professionnel ou encore par rapport à leur formation dans ce domaine.

¹¹ Dégénérescence de la dépression de la rétine sur le fond de l'œil où l'acuité visuelle est maximale, appelée aussi tache jaune.

D'une part, il y a une volonté et un besoin d'élargir le rôle de l'ergothérapeute, une reconnaissance des connaissances utiles et applicables dans ce domaine; d'autre part, une difficulté à actualiser ce rôle et à remodeler la pratique de l'ergothérapie. Les interventions demeurent teintées par le paradigme médical (Scriven et Atwal, 2004). Les termes utilisés sont difficiles à cadrer dans les modèles actuels en éducation à la santé (Townsend, 1999 cité par Scriven et Atwal, 2004 et Wilcock, 2005). L'imputabilité des services dans le système de santé opère à travers le paradigme biomédical. Les principales données retenues pour la mesure sont le temps de traitement et la longueur de l'hospitalisation (Townsend et coll., 2007b). L'utilisation de données qualitatives telles que celles obtenues dans la présente étude devrait être encouragée pour démontrer l'imputabilité des services qui vise à faciliter l'occupation : les habiletés clés et les stratégies préconisées (Townsend et coll., 2007a) en éducation à la santé dans une optique de prévention et de promotion.

En synthèse, le phénomène d'éducation à la santé est crucial tant sur les plans individuel, économique, politique que dans une perspective de prévention et de promotion de la santé. Par contre, peu d'appuis empiriques nous permettent de documenter le rôle en éducation à la santé dans le cadre des services d'ergothérapie. La particularité du rôle de l'ergothérapeute dans le domaine de l'éducation à la santé comparativement à d'autres disciplines de la réadaptation doit être spécifiée afin de soutenir et d'enrichir ce rôle au niveau de la formation, de la pratique et de la recherche tout en tenant compte des contextes politique, de la santé et des pratiques professionnelles.

L'objet de cette étude est de décrire l'ensemble des connaissances, des opinions et des visions des ergothérapeutes par rapport à l'éducation à la santé. Les représentations socioprofessionnelles offrent un cadre théorique pour aborder et

décrire le rôle en éducation à la santé des ergothérapeutes à partir de leur discours en nous donnant accès aux connaissances, aux actions et aux visions d'un groupe. En effet, un individu n'a pas conscience de ses représentations, car elles constituent sa réalité et encadrent ses actions, ses décisions et l'évaluation qu'il pose sur ses actes professionnels. En tant que références familières, elles ne suscitent pas d'interrogation. Elles sont posées comme représentations que dans la mesure où elles deviennent un objet d'étude et où on demande au sujet de mettre en mots ses connaissances, ses actions et l'évaluation qu'il en fait. Selon Blin (1997b), les représentations socioprofessionnelles comportent un aspect descriptif (« ce qui est fait »), un aspect prescriptif (« ce qui doit être fait ») et un aspect évaluateur (« ce qui devrait être fait »). Ainsi, il est possible d'avoir accès aux référents théoriques, expérientiels et individuels formant les cognitions que les ergothérapeutes utilisent pour cadrer leurs interventions. Des représentations, est extrait l'ensemble de ces cognitions communes appelé le référentiel commun d'un groupe professionnel ainsi que les différentes prises de position par rapport à celui-ci. Le langage spécifique, les connaissances, les actions et les visions similaires d'un groupe est appelé référentiel commun. Il intègre des connaissances et des procédures acquises par la formation et l'expérience. Un référentiel commun émerge d'un groupe lorsque ce dernier groupe a une formation similaire réglementée quant aux compétences pour l'entrée en pratique ou dans le cas de réforme politique exigeant une pratique spécifique. Il peut s'arrimer ou diverger des représentations individuelles. Ainsi, les représentations socioprofessionnelles permettent de décrire comment les ergothérapeutes du système de santé, confrontées aux prescriptions institutionnelles et de l'environnement de travail se représentent le rôle d'éducateur à la santé.

L'objectif global de cette étude est de décrire les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé. En conformité avec Blin (1997b) où les représentations socioprofessionnelles sont composées de trois types de cognitions, les objectifs spécifiques de cette étude sont

de décrire le référentiel commun et les prises de position individuelle quant à ce référentiel commun à l'aide des :

- cognitions descriptives, soit les informations et les connaissances que les ergothérapeutes possèdent à l'égard de leur rôle en éducation à la santé;
- cognitions prescriptives, soit les actions actuelles et potentielles des ergothérapeutes en éducation à la santé dans le cadre de leur rôle professionnel particulier;
- cognitions évaluatives, soit les visions et les opinions des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé.

Cette étude a comme but de répondre à la question générale suivante:

Quelles sont les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé?

et aux questions spécifiques suivantes :

- Quel est le référentiel commun des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé?
 - Quelles sont les cognitions descriptives soit les informations et les connaissances des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé?
 - Quelles sont les cognitions prescriptives soit les actions actuelles et potentielles des ergothérapeutes en éducation à la santé dans le cadre de leur rôle professionnel particulier?
 - Quelles sont les cognitions évaluatives soit les visions et les opinions des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé?
- Quelles sont les prises de position individuelle par rapport au référentiel commun?

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Dans ce chapitre, les référents théoriques de la recherche seront explicités. Ces précisions s'avèrent essentielles afin de bien définir les concepts clés de la recherche de manière à adopter un langage commun. Ce cadre conceptuel servira également de balises quant à l'opérationnalisation des différents paramètres méthodologiques adoptés par la présente étude.

Les représentations socioprofessionnelles constituent le concept central de cette thèse. Elles permettent de décrire les connaissances, les visions et les actions d'un groupe d'individus ayant des activités professionnelles communes à l'égard d'un enjeu. Les activités professionnelles sont définies comme une activité au sein d'une organisation publique après avoir suivi une formation garantissant une compétence spécifique (Blin 1997b). Dans cette recherche, les représentations professionnelles servent à documenter le rôle d'éducateur à la santé des ergothérapeutes. Comme ce concept tire ses référents de celui des représentations sociales, il sera d'abord décrit. Par la suite, les concepts reliés à l'environnement actuel en matière d'éducation à la santé seront brossés. Il s'agit de la définition de la santé et de son évolution au fil des ans ainsi que des principaux modèles d'éducation à la santé.

2.1 Représentations sociales

Le terme représentation est polysémique tout comme il en est de *conception* et *perception*; chacun étant utilisé pour en définir un autre. En effet, il est fréquent de lire des définitions de conception débutant par représentation et de représentation

comme étant l'ensemble des conceptions. Selon le dictionnaire actuel de l'éducation (Legendre, 1993), la représentation des connaissances désigne un processus de conceptualisation ou de formation de concepts. En se référant à l'étymologie des mots, perception du latin *percipere* a le sens de saisir par les sens, de recevoir et de recueillir. Quant au terme conception apparu dans la langue française en 1315 et dérivant également du latin *concupere*, il veut dire formation d'une idée. Une notion cognitive et un aspect dynamique y sont implicitement rattachés. Le verbe « représenter » qui puise son origine du mot latin *repraesentare* fait référence à l'image et à l'évocation de quelque chose, c'est-à-dire rendre concret, faire apparaître et rendre présent (Dubois, Mitterand et Dautat, 2001), se re-présenter dans une situation d'interaction (Blin, 1997a).

La notion de représentations sociales est quasi absente des écrits scientifiques anglo-saxons. On la retrouve toutefois en éducation et en psychologie sociale dans les contextes européen et québécois. Le concept de représentations sociales est apparu dans les travaux de Moscovici (1961) sur la psychanalyse française. Le but de ses travaux était de révéler comment une théorie nouvelle (la psychanalyse) était diffusée dans un champ culturel donné (la France). En se servant de divers outils de collecte de données (l'entrevue, l'observation et les découpures de journaux), il s'est inspiré du concept de représentations collectives de l'œuvre de Durkheim (1967), pour créer celui de représentations sociales qui permet d'articuler le domaine cognitif et les conduites sociales. Situées à l'interface de la psychologie et de la sociologie, les représentations sociales jouent un rôle organisateur des schèmes cognitifs, images, pensées, croyances et des actions qui en découlent (Mannoni, 2001). Elles peuvent se définir comme un ensemble organisé d'informations, d'opinions et de visions se référant à un objet ou à une situation (Jodelet, 2002). Selon Jodelet (1989, 2002), elles sont la représentation de quelque chose (l'objet) ou de quelqu'un (sujet). Les représentations sociales comprennent un savoir de sens commun influencé par un métasystème social (Farr, 1992) et seraient le produit de la transformation du savoir

scientifique en savoir naïf (Moscovici, 1989). Jodelet (1989 : 36) propose la définition suivante :

« Forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. »

Les représentations sociales désignent à la fois une activité, un processus et un produit (Moliner, Rateau et Cohen-Scali, 2002). D'une part, elles incluent un contenu (informations, images, opinions) se rapportant à un objet et à un sujet (famille, groupe) et, d'autre part, leur interrelation. Les représentations sont des constructions sociocognitives (Bataille, Blin, Jacquet-Mias et Piasser, 1997) qui recouvrent trois champs; celui de la connaissance, de l'action et de la valeur; la valeur étant ce qu'on tient pour bon, vrai et utile.

Il existe deux grandes écoles de pensée entourant ce concept : l'école d'Abric (1994) à Aix en Provence, puis l'école de Doise (1988, 1990, 1992, 2002) à Genève. Selon l'école d'Abric (1994), les représentations sociales peuvent être schématisées comme étant constituées d'un noyau central et d'éléments périphériques. Le noyau central est déterminé par les valeurs et l'histoire du groupe tandis que les éléments périphériques regroupent les connaissances et les contextes (Moliner, 1995). Le noyau central est partagé par l'ensemble du groupe alors que les éléments périphériques sont plus des éléments individuels. Ce serait le noyau central qui organise et transforme les représentations selon un processus d'objectivation.

Les représentations sociales seraient sujettes à trois types de transformations. La transformation « résistante » qui sert à protéger le noyau central peu importe les changements dans l'environnement. La transformation « progressive » du noyau

central s'opère s'il y a une exposition graduelle à des schèmes nouveaux et étrangers. Finalement, il y aura une transformation « brutale » lorsque les pratiques nouvelles mettent en cause la signification du noyau central. Les ordres professionnels, les milieux d'enseignement et les politiques gouvernementales insistent pour que la pratique professionnelle se fonde sur des données probantes. Certains professionnels résistent à ce changement et continuent d'exercer leur profession de la même manière. D'autres, à force d'être exposés à ces demandes, vont graduellement incorporer des interventions qui s'appuient sur des recherches. Ces professionnels vont s'intéresser davantage aux écrits scientifiques et chercher à se former pour être capables de mieux comprendre et utiliser les résultats de la recherche. La transformation brutale peut survenir si les instances en autorité retirent ou bannissent une intervention en s'appuyant sur les résultats de la recherche. Les professionnels sont alors contraints de revoir leur pratique car les pratiques nouvelles mettent en cause la signification centrale de la représentation et créent une incohérence insupportable.

Selon le deuxième courant de pensée, celui de Genève, les représentations sont des principes générateurs de prise de position liés à des insertions précises dans des rapports sociaux. Elles sont construites collectivement et servent de médiation entre les membres d'un groupe. Les représentations se créent ou sont transformées selon un processus d'ancrage, qui consiste à appliquer à un objet, des connaissances et des raisonnements qui ne lui sont pas spécifiques pour se l'approprier et par la suite, l'utiliser comme outil d'analyse du réel. Doise (1986) décrit trois types d'ancrage : psychologique, psychosociologique et sociologique. L'ancrage psychologique se rapporte au degré d'adhésion des individus aux croyances et aux valeurs largement diffusées à l'intérieur de leur culture ou de leur société. L'ancrage psychosociologique, est lié à la façon dont les individus se situent symboliquement dans leurs rapports sociaux. Finalement, l'ancrage sociologique a trait plus spécifiquement aux groupes d'appartenance; par exemple, on peut supposer que les

ergothérapeutes ont des représentations sociales semblables dû au processus d'insertion dans un ensemble de rapports sociaux partagé. En résumé, l'école de Doise (2002) stipule que l'intégration de nouvelles connaissances aux représentations sociales d'un individu se fait selon différents modes qui s'appuient soit sur l'importance accordée aux valeurs, soit sur l'importance attribuée à son rôle social ou soit sur la prédominance de son sentiment d'appartenance à un groupe.

En synthèse, dans la théorie d'Abric (1994), le noyau central assure la stabilité et l'unité. Il est marqué par la mémoire du groupe. Le système périphérique est plus sensible au contexte et permet d'intégrer des variations individuelles aux représentations. La théorie de Doise (1986) rejette une conception consensuelle mais parle de principes organisateurs d'activités selon le contexte social. L'étude des représentations sociales conformément à ces deux théories se réalisera selon deux approches méthodologiques différentes. (Blin, 1997b). La recherche d'un noyau central et de ses variances s'accommode mieux de mode de collecte de données permettant une analyse de similitudes (questionnaire, entrevue) tandis que la recherche de principes organisateurs nécessite l'émergence du contenu et de son organisation d'où «la nécessité de mobiliser plusieurs méthodes d'investigation pour saisir cette double composante» (Blin, 1997b : 78). La théorie du noyau central semble être confirmée par les différentes recherches (Blin 1997) qui ont démontrée qu'il existe un ensemble de représentations similaires dans un groupe sociologique ou professionnel dû à un contexte sociopolitique similaire.

En ergothérapie, le concept de représentation sociale n'a pas été utilisé comme référent théorique pour comprendre la perspective des ergothérapeutes, ni la perspective des clients. Il a toutefois été utilisé en sciences de l'éducation pour comprendre les perspectives des apprenants. S'inscrivent dans le champ de

l'éducation à la santé, deux thèses de doctorat qui utilisent et définissent les représentations sociales à l'instar d' Abric (1994). Il s'agit des thèses de Le Cren (2002) et de Provencher (1993). Le Cren (2002) a étudié les représentations sociales de l'activité physique d'un groupe homogène de treize hommes âgés de 54 à 74 ans physiquement actifs de la région montréalaise. Selon cet auteur qui s'appuie sur son expérience professionnelle, la pratique de l'activité physique fait référence aux représentations sociales du corps, du bien-être, de la santé et du vieillissement. Son étude avait pour objectif de cerner la relation entre ces quatre objets sociaux à l'aide de deux méthodes de collectes de données, l'entrevue semi-dirigée et la carte associative. Ses données ont été analysées à la lumière des modèles d'éducation à la santé. Ainsi, ses résultats font ressortir les facteurs prédisposants, facilitants et ceux de renforcement à faire de l'activité physique, concepts retrouvés dans la théorie de Bandura (1980) et repris dans de nombreux modèles d'éducation à la santé qui seront élaborés plus en détails dans le cadre conceptuel. Parmi les facteurs prédisposants se retrouvent l'expérience d'une maladie grave et la douleur physique. Les facteurs facilitants sont les conditions et les ressources accessibles pour faire de l'activité physique telle que la proximité d'une infrastructure et l'horaire. Les facteurs de renforcement sont l'image de bien vieillir. La santé est l'élément le plus souvent retenu pour décrire la pratique de l'activité physique qui est vue comme une norme de comportement préservant la santé. La pratique de l'activité physique aiderait à minimiser les pertes liées au processus de vieillissement et à maintenir les capacités fonctionnelles. Les autres éléments qui influencent la pratique régulière de l'activité physique chez les personnes âgées sont la capacité d'énergie et le bien-être.

Dans sa recherche qualitative, Provencher (1993) a étudié la relation entre les représentations sociales sur la santé des travailleurs et la culture organisationnelle d'un programme préventif en milieu de travail. À partir d'entrevues réalisées auprès de quarante-cinq travailleurs, elle a fait émerger les images-croyances et leurs liens

avec des éléments culturels du milieu. Les données de cette étude confirment qu'il y a une relation entre les habitudes de vie, le stress, la santé et les aspects culturels du milieu tels que le rythme accéléré de travail et le taux de productivité. Il se dégage un rapport de domination entre les employés et l'entreprise, le travail et les patrons. Elle conclut que les programmes préventifs contextualisés au milieu de travail tiennent compte des croyances et des images des travailleurs et ne sont plus centrés uniquement sur les habitudes de vie.

Il ressort de ces deux thèses que les programmes d'éducation à la santé doivent être élaborés en se basant sur les représentations sociales de la santé du groupe ciblé si on veut voir adopter un comportement de santé. D'autres études renforcent cette prémisse. Dans cette même ligne de pensée, Marcoux (2002) s'est intéressé aux représentations du risque comme élément clé dans l'intervention éducative à la santé auprès d'adolescents. Comme dans les autres thèses, l'entrevue semi-dirigée a été l'outil de collecte de données privilégié. Marcoux (2002) a recueilli ses données auprès de 21 adolescents âgés entre 13 et 15 ans fréquentant l'école secondaire. Les contextes de risques abordés par les adolescents sont liés aux activités sportives, aux substances toxiques, à la sexualité, aux activités quotidiennes, aux travaux scolaires, à la prise de position verbale et à la transgression des interdits. À l'instar de Le Cren (2002) et de Provencher (1993), Marcoux (2002) fait le constat que les programmes éducatifs à la santé doivent être construits d'après le contexte social des personnes auxquelles ils s'adressent. Le concept de représentations sociales nous permet de tenir compte du contexte social.

Dans son mémoire de recherche, Landry (1998) a examiné les conceptions des ergothérapeutes sur la dimension éducative de leur intervention, auprès d'une clientèle âgée, en contexte communautaire. Les conceptions s'apparentent au concept de représentation. Elle conclut que les ergothérapeutes considèrent le rôle d'éducateur

comme étant l'une des dimensions de leur intervention qui rejoint des cibles multiples (client, aidants naturels, autres intervenants et la communauté en général). Les principaux savoirs transmis sont de type savoir-faire, liés au comment intervenir au niveau des occupations. Son étude est étroitement liée à l'objet des représentations de la présente étude sur les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé. Toutefois, elle n'aborde pas le concept d'éducation à la santé bien que les interventions des ergothérapeutes permettent d'augmenter le niveau d'autonomie dans leurs occupations. Dans la présente étude, nous aborderons les concepts de santé, d'éducation à la santé et le lien avec la pratique des ergothérapeutes par le biais des représentations socioprofessionnelles.

2.2 Représentations socioprofessionnelles

Sans faire le consensus au sein de la communauté scientifique, les représentations professionnelles puisent leurs références théoriques dans la psychologie sociale et dans les sciences de l'éducation. Elles sont en lien avec la professionnalisation qui s'amorce dès la formation initiale et se poursuit dans le cadre du développement professionnel (Bataille et coll., 1997). Selon cette perspective, les professionnels d'une même profession partagent un ensemble commun de représentations qui se transforment au cours de leur formation initiale et durant la pratique professionnelle. La partie commune s'avère plus importante lorsque la formation est réglementée et les contenus à enseigner étroitement régis par une association comme dans le cas de la profession d'ergothérapeute. En effet, au Canada, les programmes de formation en ergothérapie sont accrédités par l'ACE et doivent répondre à des normes précises quant aux compétences visées. Les représentations professionnelles s'appuient également sur une vision expérientielle telle que décrite par Kolb (1984) qui affirme que le savoir est généré par un processus de transformation de l'expérience et vice-versa. Ainsi les représentations socioprofessionnelles sont enrichies par les

connaissances générées par l'expérience. Selon Kolb (1984), l'apprentissage est un processus constitué de quatre phases qui forment un cycle pouvant se répéter à l'infini. Toutes les expériences d'apprentissage se déplacent le long de ce cycle. La personne en situation d'apprentissage ou de résolution de problème vit une situation d'expérience appelée « expérience concrète ». Elle fait des observations sur l'expérience vécue et réfléchit à leur signification. Cette phase est appelée « observation réfléchie ». Par la suite, la personne forme des concepts et formule des généralisations qui intègrent les observations et les réflexions dans la phase de « conceptualisation abstraite ». Finalement, au niveau de l'« expérimentation active », la personne vérifie ses hypothèses générées dans de nouvelles situations concrètes. Ce cycle peut se faire à partir de n'importe laquelle des phases, selon sa façon personnelle d'aborder une expérience (appréhension par opposition à compréhension, action par opposition à réflexion). L'apprenant n'a pas obligatoirement à partir d'une expérience pour apprendre; il peut partir d'une idée théorique et se déplacer sur le cycle de l'apprentissage expérientiel à partir de cette phase. Tous les apprentissages issus de l'expérience viennent teinter nos représentations.

Blin (1997b) conçoit l'activité professionnelle comme une activité sociale comportant ses propres règles et les milieux professionnels comme générateurs de représentations sociales spécifiques d'où leurs référents en psychologie sociale. Ainsi, les représentations professionnelles sont des représentations sociales spécifiques se construisant dans l'action et l'interaction socioprofessionnelles (Mannoni, 2001). Dans cette thèse, le préfixe socio a été ajouté à professionnelle pour marquer l'ancrage social. Le savoir des représentations socioprofessionnelles n'est pas seulement un savoir scientifique. Il est aussi un savoir expérientiel modulé par le contexte de pratique. Ce serait un savoir particulier plus près de la réalité du quotidien professionnel (Blin, 1997a). On reconnaît deux sens à la représentation socioprofessionnelle : le sens psychosocial et le sens ergonomique. Le sens

psychosocial se définit comme la vision des tâches et du rôle professionnel tel qu'exprimé par ces dits professionnels (Guimelli, 1994). Le sens ergonomique de représentations socioprofessionnelles est la représentation d'une profession par un groupe social (Blin, 1997a). Ce serait, par exemple, comment le public se représente la profession d'ergothérapeute. Ce dernier sens n'est pas utilisé dans la recherche actuelle sur les représentations professionnelles. Dans un premier temps, il est plus important de comprendre comment les professionnels voient leur rôle sur quelles connaissances ils s'appuient pour construire leurs représentations si on veut pouvoir bonifier leur formation.

Les représentations socioprofessionnelles sont au cœur même des pratiques professionnelles et du processus d'identité professionnelle (Bataille, 2000; Fraysse, 2000). Elles auraient les mêmes fonctions que les représentations sociales. Ces fonctions sont la production d'un savoir, la protection de l'identité du groupe, l'orientation des conduites, la justification des pratiques et la communication (Mannoni, 2001). Selon Blin (1997a), l'étude des représentations professionnelles permet de décrire comment les individus exercent une même profession dans des contextes différents. Elles peuvent aussi servir à décrire comment des nouvelles activités liées à une réforme peuvent affecter la pratique.

Le contenu des représentations socioprofessionnelles recouvrent les mêmes champs que les représentations sociales : la connaissance, l'action et la valeur comprises dans les trois types de cognitions à caractères descriptif, prescriptif et évaluatif (Bataille et coll., 1997). Les cognitions descriptives se situent dans le champ des connaissances et réfèrent aux objets de l'environnement auxquels les sujets doivent avoir recours pour assurer une bonne communication entre ses membres. Ce sont les connaissances et les informations d'un groupe de professionnels face à un objet. Les cognitions prescriptives se situent dans le champ de l'action et relèvent du lien entre le contenu

descriptif et les conduites qui en découlent. Elles correspondent aux actions actuelles et potentielles. Les cognitions évaluatives reflètent le champ de la valeur et se définissent comme les visions et les opinions. Blin (1997a : 166) définit les représentations professionnelles comme suit :

« Ensemble des cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'exercice professionnel, et organisés en un champ structuré présentant une signification globale »

L'analyse des représentations socioprofessionnelles exige le repérage du contenu des représentations dans le but de faire émerger le référentiel commun. Selon Blin (1997), ce référentiel commun contribuerait à l'identité professionnelle. Par la suite, l'analyse doit faire ressortir des regroupements reflétant les divergences des représentations. Celles-ci sont appelées prises de position individuelle par rapport au référentiel commun. Les prises de position sont généralement synthétisées par une phrase-type ou un mot clé qui reflète la manière dont les sous-groupes se représentent un objet professionnel (Blin, 1997b). Dans la présente étude, l'objet est le rôle des ergothérapeutes en éducation à la santé. Pour dégager, les prises de position, deux techniques sont applicables, les techniques factorielles lorsqu'une méthodologie quantitative est utilisée et les techniques classificatoires qui permettent de ranger dans des catégories des individus en fonction du degré de ressemblance en recherche qualitative. En adoptant une telle approche méthodologique, Blin (1997b) appuie la théorie d'Abric (1994); le référentiel commun étant le noyau central qui organise les actions éducatives des professionnels tandis que les prises de position individuelle relèvent des différences individuelles et du contexte constituant les éléments périphériques.

Pour étudier les représentations lorsque peu de documentation est accessible nous permettant d'élaborer des questionnaires valides et fiables, l'entrevue est une méthode de collecte de données de premier choix (Abric, 1994). Les données

socioprofessionnelles recueillies sur l'emploi servent à contextualiser les différentes représentations qui auront émergé de la recherche (Bataille et coll., 1997; Blin, 1997a).

Dans sa thèse doctorale, Blin (1997b) a étudié le cas de la « rénovation »¹² de l'enseignement agricole en examinant les représentations professionnelles des enseignants. Son analyse a permis de regrouper les enseignants sous deux grandes catégories, le « pédagogue » et le « magister ». Le pédagogue est un enseignant centré sur les élèves tandis que le « magister » est plus centré sur le cours magistral. Sous la catégorie « pédagogue », deux classes de participantes ont émergé : ceux dont le discours était utilitaire, c'est-à-dire suggérant que les contenus enseignés devaient s'adapter aux besoins sociétaux et ceux dont le discours était de type classique, c'est-à-dire que le contenu enseigné était universel et moins assujéti aux contraintes socio-économiques. Sous la catégorie « magister », deux classes ont émergé également se distinguant principalement selon leurs visions différentes de la réussite scolaire. Le premier groupe qu'il a appelé « méritocrate » conçoit le travail scolaire comme la déterminante clé de la réussite scolaire. La seconde classe appelée « innéiste » croit que la réussite scolaire dépend davantage des aptitudes de départ des étudiants. À partir de ces données, il en déduit que la formation doit aider le professionnel à devenir conscient et maître de ses propres transformations par l'intermédiaire d'une prise de conscience de ses représentations professionnelles, d'un recul par rapport à celles-ci et d'une expérimentation de nouvelles attitudes et démarches. Le but ultime de la formation continue est d'amener l'enseignant à réfléchir sur ses pratiques et à les contextualiser selon les besoins. L'uniformité dans les pratiques n'est pas la finalité visée. Il s'agit davantage de former un professionnel capable d'explicitier ses pratiques, d'en évaluer les effets pour en construire de nouvelles. Ces résultats nous

¹² Le terme « rénovation », utilisé par Blin (1997b) dans sa thèse doctorale, est synonyme de refonte et de réforme.

laissent entrevoir que l'étude des représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes peut faire ressortir des types d'éducateur à la santé. Ces types d'éducateur pourront être utiles dans une optique de formation continue et non d'uniformisation des pratiques.

Si le concept de représentation a peu servi de référent théorique dans les recherches en ergothérapie, il a par contre été utilisé comme cadre théorique dans différentes recherches en éducation à la santé. Le référent théorique que constituent les représentations a permis de comprendre la perspective des gens ciblés par l'intervention éducative. Les données issues de ces recherches ont été employées dans le but de bâtir ou d'améliorer les programmes éducatifs qui leur étaient destinés. Dans le contexte de programmes éducatifs en milieu de travail, la compréhension des représentations des travailleurs sur la santé et de la culture organisationnelle a enrichi les programmes préventifs d'éducation à la santé (Provencher, 1993).

L'éducation à la santé est un objet de représentations socioprofessionnelles peu documenté mais important pour la pratique des ergothérapeutes. Cette étude a pour objet d'illustrer la perspective des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé. L'objectif global est d'étudier les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé. On utilisera la définition de Blin (1997a : 166) :

« Ensemble des cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'exercice professionnel, et organisés en un champ structuré présentant une signification globale. »

Les cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives ont été opérationnalisées en des objectifs spécifiques de recherche. Pour faire émerger les représentations des ergothérapeutes se rapportant à leur rôle en éducation à la santé, il appert essentiel de les interroger sur leurs actions et leurs visions ainsi que sur le concept de santé et les

modèles d'éducation à la santé car ces connaissances font partie des cognitions descriptives sur lesquelles les ergothérapeutes appuient leurs interventions. En effet, la définition de la santé devrait guider les actions à mettre en place pour favoriser une meilleure santé et l'appréciation de ses actions sera fonction des résultats anticipés. Les écrits nous renseignent sur une définition de la santé ainsi que sur les différents modèles en éducation à la santé ce que nous traiterons dans les pages suivantes.

2.3 Santé

Un changement conceptuel en santé a été amorcé en 1946 lorsque l'Organisation mondiale de la Santé a défini la santé « comme un état complet de bien-être physique, psychologique et social ne consistant non plus comme une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946 : 17).

Cette définition, officialisée par l'OMS en 1948, n'a pas changé depuis (Sze, 1988). Toutes les définitions de la santé proposées par la suite par les politiciens et les chercheurs s'articulent autour de cette dernière (Gaudreau, 2000). En 1986, l'OMS ajoute à la définition de santé un aspect opérationnel; la santé doit alors permettre à la personne d'identifier et de réaliser ses aspirations, de satisfaire ses besoins et de transiger avec son environnement. La santé est une ressource de la vie quotidienne et un droit fondamental (Nutbeam, 1999). La santé devient un concept multifactoriel ayant plusieurs finalités. Afin de clarifier le concept de santé, Labonte (1993) énonce la définition suivante de la santé qui est illustrée à la figure 1, en se fondant sur l'origine du mot et sur les différentes significations culturelles qu'on lui accorde :

« La santé est d'abord un état de bien-être physique, social et mental. Cet état de bien-être est sous-tendu par une énergie vitale de base, un sentiment d'appartenance et de contribution à une communauté ainsi que par les buts que l'on cherche à atteindre. La santé permet à l'individu d'exercer un contrôle sur ses conditions de vie, de fonctionner dans son environnement et de s'y adapter

en accomplissant des tâches et en ayant de bonnes relations¹³.» (Labonte, 1993 : 19)

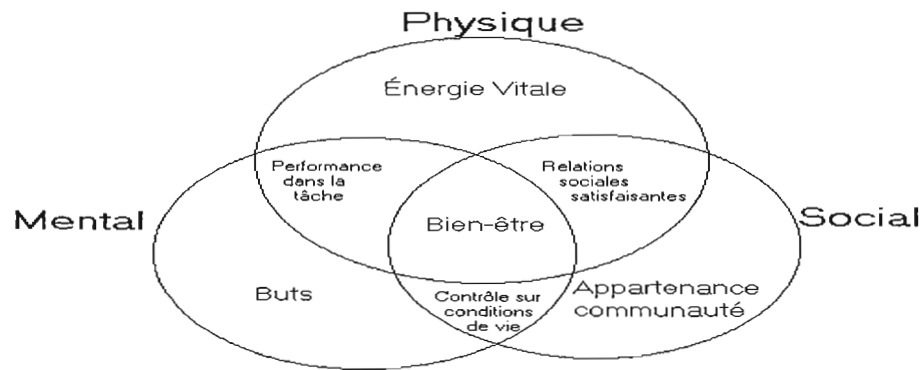


Figure 1 : Représentation conceptuelle de la santé (Labonte, 1993)¹⁴.

Cette brève description de l'évolution du concept de la santé fait ressortir la complexité et les multiples facteurs contribuant à la santé. Celle-ci ne se traduit pas seulement par l'absence de maladie mais par la présence de caractéristiques de bien-être. Ces caractéristiques vont au-delà de la simple considération d'éléments physiques, elles incluent les éléments mentaux et sociaux. Ces derniers s'inscrivent dans une perspective qui prend en compte les différents environnements de vie de l'individu. Le concept précise également la notion d'autocontrôle sur ses conditions de vie ce qui renvoie au concept d'empowerment¹⁵ ou d'autoprise en charge. Bien que complexe, la précision des différents facteurs contribuant à la santé est utile pour

¹³ Traduction libre et adaptation.

¹⁴ Traduction libre et adaptation.

¹⁵ Concept polysémique employé au sens commun de rendre capable quelqu'un de se prendre en charge. Souvent traduit par autoprise en charge et responsabilisation (Hoffman, 2003). Dans cette recherche, empowerment, habilitation, autoprise en charge, autogestion seront employés de façon interchangeable.

guider les ergothérapeutes dans une perspective d'éducation à la santé. Elle leur permet ainsi de mieux circonscrire les différentes sphères (mentale, sociale, physique) qui sont plus spécifiquement associées à leurs compétences professionnelles. Par contre, ce modèle s'avère limité en regard de la difficulté à opérationnaliser des interventions à partir de celui-ci. Il fournit des balises générales sans préciser les éléments individuels, ni les éléments environnementaux à considérer pour élaborer des interventions d'éducation à la santé. Il met l'accent sur l'état plutôt que sur la capacité de fonctionner et l'adaptation à l'environnement qui constituent des concepts clés dans l'intervention en ergothérapie.

Les déterminants de la santé contribuent à préciser le concept de « santé » dans le sens des axes d'intervention. À ce titre, le modèle de la Santé des populations (Agence de la santé publique du Canada, 2001) est fréquemment utilisé par les milieux de recherche et d'enseignement au Canada dont les programmes d'ergothérapie. Il part de la prémisse que la santé est une capacité ou une ressource plutôt qu'un état (Agence de la santé publique du Canada, 2001). Cette prémisse est en accord avec la philosophie à la base de la profession (ACE, 1997). S'appuyant sur des données probantes (niveaux de preuve scientifique), ce modèle établit, à ce jour, douze déterminants de la santé : 1) le niveau de revenu et le statut social; 2) les réseaux de soutien social; 3) l'éducation et l'alphabétisme; 4) l'emploi et les conditions de travail; 5) les environnements sociaux; 6) les environnements physiques; 7) les habitudes de vie¹⁶ et la capacité d'adaptation personnelle; 8) le développement de la petite enfance; 9) le patrimoine biologique et génétique; 10) les services de

¹⁶ Les habitudes de vie se définissent comme l'ensemble des habitudes qui assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence (Office de langue française du Québec, 2007).

santé; 11) le sexe et; 12) la culture (Agence de santé publique du Canada, 2003). La liste de ces déterminants est sujette à modification selon les progrès de la recherche.

La santé est perçue comme le résultat d'une interaction complexe entre les différents déterminants (Agence de la santé publique du Canada, 2001). La prise en compte de ces déterminants peut être utile à l'ergothérapeute sur le plan de l'évaluation d'un individu pour mieux cibler certaines clientèles et pour établir des pistes d'action pour promouvoir la santé. Les programmes éducatifs et thérapeutiques alors mis en place peuvent s'adresser à des groupes particuliers ou à la communauté de manière globale. Par exemple, l'ergothérapeute peut jouer un rôle dans l'intégration au travail d'un groupe d'individus ayant un handicap. Elle élabore alors un programme éducatif pour développer leurs capacités et leurs habitudes de travail en fonction des besoins identifiés et des capacités essentielles à la poursuite d'un travail donné. Elle peut aussi aider à l'intégration des personnes handicapées dans les milieux scolaires par des modifications de l'environnement physique ou l'adaptation de tâches. Les modifications environnementales sont d'ordre varié allant de l'accessibilité à la salle de classe au positionnement individuel maximisant ainsi le potentiel de l'étudiant. Pour favoriser le déplacement sécuritaire des membres d'une communauté, l'environnement physique peut être modifié en fonction des problèmes reliés aux handicaps dont la prévalence y est élevée. Les programmes éducatifs ergothérapiques peuvent toucher des habitudes personnelles liées à l'équilibre travail-repos. Par rapport au développement de la petite enfance, l'ergothérapeute est formée pour éduquer les familles sur les jeux ou les activités favorisant le développement sensorimoteur. En ce qui concerne les capacités d'adaptation personnelle, l'ergothérapeute peut aider un individu à s'évaluer, à combler certains de ses besoins de formation et à le diriger vers des ressources appropriées. Dans toutes ces interventions éducatives, l'ergothérapeute tient en compte la culture du client et son âge pour que les activités

d'enseignement/apprentissage proposées correspondent aux besoins et soient significatives pour l'apprenant.

Les connaissances issues de la définition de la santé et de ses déterminants sont utilisées de différentes façons selon les objectifs curatifs, thérapeutiques ou éducatifs poursuivis. Pour les ergothérapeutes, la santé signifie beaucoup plus qu'une absence de maladie. La santé est fortement influencée par la capacité d'un individu de choisir et de diriger ses occupations quotidiennes (ACE, 1997). En effet, l'une des croyances à la base de l'ergothérapie est que l'engagement de l'individu dans des activités significatives procure un sentiment de bien-être, essentiel à la santé et facilite un processus d'autoprise en charge. Ainsi par la promotion des occupations qui englobe les processus d'empowerment, d'éducation, d'écoute, de réflexion et de collaboration, l'ergothérapeute agit sur la santé.

Différents modèles de pratique sont utilisés pour encadrer la pratique de la profession, faisant ressortir l'interaction dynamique entre la personne, son environnement et ses occupations. Dans ces modèles se retrouvent l'ensemble des concepts clés ergothérapeutiques enseignés et mis en application dans la pratique incluant les concepts identifiés dans les définitions de la santé. Il s'agit des concepts de rendement occupationnel, occupation, participation, habitudes de vie, compétence et environnement. Eu égard au modèle de pratique choisi pour cadrer l'intervention ergothérapeutique, celle-ci ne peut être réalisée sans des interventions d'éducation à la santé dans le but d'accroître l'empowerment du client. Ainsi, il devient important de définir l'éducation à la santé et d'en présenter les modèles de base. L'évolution de l'éducation à la santé et ses ancrages paradigmatiques seront décrits.

2.4 Éducation à la santé

Le concept de «santé » cache une réalité complexe qui a évolué au fil des années. Conséquemment, cette évolution se reflète dans le domaine de l'éducation à la santé. Les finalités de l'intervention éducative et les moyens à prendre varient beaucoup en fonction de l'accent sur lequel est placé le sens attribué au mot santé, soit la perception d'un état, la capacité de fonctionner ou l'adaptation à l'environnement (Pineault et Daveluy, 1995). Certains auteurs différencient les termes « éducation à la santé » et « éducation pour la santé ». Ce questionnement linguistique qui ne se retrouve que dans les ouvrages scientifiques en français ne fait pas l'unanimité. « L'éducation à la santé » vise l'adaptation chez des gens dont la santé est déjà atteinte (Le Centre d'expertise collective, 2001). « L'éducation pour la santé » ne s'applique pas à l'individu malade. Elle cherche à valoriser les comportements propices à la santé, à faire des choix éclairés chez la famille, les groupes et les collectivités (Marcoux, 2002). En d'autres mots, « l'éducation à la santé » est reliée à de la prévention tertiaire alors que « l'éducation pour la santé » serait liée à de la prévention primaire. Dans cette recherche, l'éducation à la santé englobe ces deux sens.

L'évolution du concept d'éducation à la santé est le reflet des changements des courants éducatifs. Les premiers programmes éducatifs à la santé reposaient sur le béhaviorisme, courant qui prédominait à l'époque. Par la suite, le développement de nouvelles approches éducatives a entraîné des modifications dans celles utilisées dans le cadre de l'éducation à la santé.

Le terme d'éducation à la santé évoque des concepts de prévention et de promotion. Ces différents termes sont définis à travers la description de l'évolution de l'éducation dans le domaine de la santé. Cette évolution peut être divisée en trois courants qui se chevauchent et qui sont encore d'actualité selon le type de besoins

éducatifs de la clientèle : 1) éducation sanitaire; 2) l'éducation à la santé de manière cognitiviste; 3) l'éducation à la santé de manière humaniste dans le cadre de la promotion de la santé. L'évolution sociétale de la prise en charge de la santé par la personne elle-même entraîne un plus grand engouement envers le courant humaniste et plus de programmes se sont développés selon cette approche plus récente.

2.4.1 Éducation sanitaire

Après la Deuxième Guerre mondiale, l'éducation relative à la santé, appelée éducation sanitaire, relevait de la santé publique dont l'objectif premier était la lutte contre la pauvreté et la transmission des maladies contagieuses. Ce premier courant émerge comme suite à la création de l'Organisation mondiale de la Santé dont la mission est de promouvoir l'égalité entre tous les citoyens du monde. La santé fut alors reconnue comme un droit et un moyen essentiel pour parvenir à cette fin. Ainsi, les premiers mouvements éducatifs en Europe et au Canada étaient dirigés vers la classe ouvrière afin de lui apprendre les comportements de la classe bourgeoise. Dans le Tiers Monde, l'éducation sanitaire était centrée sur la pauvreté et la propreté. En d'autres mots, l'éducation sanitaire consistait à déployer une panoplie d'activités destinées à enrayer ou à prévenir la maladie par l'adoption de mesures préventives (Coppé et Schoonbroodt, 1992). Par exemple, elle visait à encourager les enfants à se brosser régulièrement les dents pour prévenir la carie dentaire, à fournir de l'eau propre pour la consommation.

L'évolution de la science a permis de modifier la façon de concevoir l'éducation à la santé. L'éducation à la santé cible la prévention de la maladie chez les classes défavorisées et fait la promotion de saines habitudes de vie et d'une meilleure qualité de vie chez les citoyens de toute classe, provoquant un élargissement de la clientèle ciblée et de l'objet même de l'éducation à la santé. Ainsi, elle agit en amont.

2.4.2 Éducation à la santé de manière cognitiviste

Dans les années 70, l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques et une meilleure connaissance des facteurs de risque associés à ces dites maladies ont entraîné l'émergence du concept de style de vie sain (Labonte, 1993). L'éducation à la santé vise principalement l'adoption de styles de vie sains ou encore d'habitudes de vie saines chez tous et ce, dès le jeune âge (Dinter, 2000). Elle représente les activités destinées à réduire les éléments à l'origine de problèmes de santé clairement identifiés comme les maladies coronariennes ou respiratoires chroniques (Levy, 1993). L'accent est alors mis sur les connaissances qu'ont les individus des comportements pertinents à adopter. Ceci explique alors davantage l'importance de la cognition dans ce courant, ce qui sera par la suite repris autrement dans le courant humaniste. (Califano, 1987; Caraher, 1994 ; Piper et Brown, 1998).

Les finalités visées s'apparentent à celles des préventions primaire (Lord et McKillopp-Farlow, 1990) et secondaire (Labonte, 1993). La prévention consiste en l'ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou la propagation des maladies ou de leurs conséquences à long terme (Trickey, 1993). La prévention est de trois niveaux : *primaire*, *secondaire* et *tertiaire*. La prévention *primaire* a comme objectif de prévenir la maladie avant même l'apparition de symptômes. À titre d'exemple, citons les campagnes de sensibilisation à l'exercice physique, à une saine alimentation et à la sécurité en conduite automobile ainsi que les campagnes contre le tabagisme pour éviter les maladies coronariennes, le cancer et les problèmes respiratoires. L'éducation à la santé, tout comme le marketing social, peut être au service de la prévention primaire, en ce sens qu'elle peut chercher à maintenir ou à favoriser l'acquisition de comportements sains pour diminuer ou minimiser les risques d'apparition d'une

maladie ou d'un handicap. C'est aussi l'encouragement à un style de vie sain pour prévenir plusieurs maladies. En matière de prévention primaire, les ergothérapeutes pourraient intervenir auprès de la population à travers des campagnes d'information et de sensibilisation, notamment en matière d'adaptation et de barrières environnementales pour favoriser la participation sociale et la poursuite d'activités significatives de tous les citoyens.

La prévention *secondaire* est le dépistage, la détection précoce et le traitement de maladies ciblées non cliniquement apparentes, par exemple, le dépistage et la détection du cancer. Elle cherche à diminuer la durée des problèmes de santé et des incapacités auprès d'individus ou de groupes à risque (Trickey, 1993). L'éducation à la santé est aussi appropriée en prévention secondaire, car elle vise le changement de comportement lorsque des habitudes nuisibles sont déjà acquises (Labonte, 1993). À titre d'exemple, prenons les campagnes pour arrêter de fumer auprès des fumeurs. La distinction entre primaire et secondaire est claire : la prévention primaire cherche à prévenir plusieurs maladies alors que la prévention secondaire vise à prévenir une maladie en particulier ou chez un individu à risque. Dans une optique de prévention secondaire, les ergothérapeutes enseignent des stratégies de positionnement chez un individu à risque de développer des plaies ou des contractures. Elles enseignent des stratégies aux aidants naturels et aux autres professionnels pour prévenir les blessures lors du déplacement d'une personne à mobilité réduite (Filiatrault et Richard, 2005).

La prévention *tertiaire* vise à diminuer le risque de complications lorsque la maladie est déclarée. La réadaptation psychosociale pour les patients psychiatriques et la réadaptation cardiaque sont des exemples de prévention tertiaire. Les ergothérapeutes comme tout autre professionnel de la réadaptation interagissent principalement dans cette sphère de l'intervention éducative en santé. Au cours du processus de la

réadaptation, les ergothérapeutes enseignent aux patients à utiliser de l'équipement adapté ou à employer de nouvelles méthodes de travail pour pallier leur handicap. Elles les éduquent aussi à titre préventif pour éviter des complications ou des situations dangereuses. Ces interventions éducatives ciblent les habitudes de vie et les comportements à risque. L'ergothérapeute enseigne au client ayant eu un remplacement total de la hanche comment monter et descendre les escaliers pour éviter une trop grande mise en charge sur le membre opéré. Par la suite, elle peut lui fournir une adaptation permettant d'enfiler des bas, car la hanche ne peut être fléchie à plus de 90 degrés. L'ergothérapeute enseigne comment utiliser cette adaptation. À la fin de la thérapie, l'ergothérapeute évalue le domicile et émet des recommandations par rapport à l'aménagement physique. Les objectifs sont d'éviter des chutes et de réduire l'effort exigé pour accomplir les activités quotidiennes laissant ainsi suffisamment d'énergie pour que la personne s'engage dans d'autres activités significatives.

Dans ce contexte, l'éducation est conçue comme une approche cognitiviste basée sur la transmission de connaissances du professionnel au patient ou au public sur la maladie, sur les facteurs de risques associés ainsi que sur les facteurs et les styles de vie contribuant au maintien et à l'amélioration de la santé. La croyance est encore répandue chez les professionnels de la santé que l'acquisition des connaissances sur les risques d'un comportement freine automatiquement son adoption (Godin, 2002).

2.4.3 Éducation à la santé de manière humaniste dans le cadre de la promotion de la santé

C'est en 1974 que le terme de promotion de la santé est apparu dans les écrits officiels canadiens par l'intermédiaire du rapport du ministre de la santé, Monsieur Lalonde, qui s'intitulait *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens* (Santé

Canada, 1974). Le discours sur la santé s'est alors élargi. Pour la première fois, le système de santé percevait son rôle d'influence en matière de santé et non seulement de maladie (Agence de la santé publique du Canada, 1997). Le concept de promotion de la santé a été repris et entériné par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) et la Déclaration de Jakarta (OMS, 1997); elle est considérée comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (OMS, 1986). C'est un processus de médiation (OMS, 1983) qui est vu comme une conciliation entre les différentes instances concernées qu'ils s'agissent d'un individu, du secteur public et du secteur privé (Nutbeam, 1999). Les axes d'intervention émis par les instances gouvernementales sont nombreux : a) élaborer une politique publique qui favorise la santé; b) créer des milieux favorables; c) renforcer l'action communautaire; d) acquérir des aptitudes individuelles et; e) réorienter les services de santé (Agence de la santé publique du Canada, 1997).

L'éducation à la santé favorise la santé par

« l'ajout de connaissances au sens de transmission d'informations sur les conditions sociales, économiques et environnementales essentielles de même que sur les différents facteurs de risques et sur l'utilisation du système de santé. » (Nutbeam, 1999 : 4).

Toutefois, pour certains chercheurs, concevoir l'éducation à la santé rattachée à la promotion de la santé uniquement de manière cognitiviste, c'est-à-dire en ne cherchant qu'à informer et qu'à transmettre des connaissances, constitue un bris épistémologique (Delaney, 1994 ; Gagnon et Hébert, 2000; Gaudreau, 2000; Robertson et Minkler, 1994). L'éducation à la santé doit remettre en question des valeurs et guider la personne dans un processus d'introspection. Elle augmente la connaissance de soi et permet une recherche de cohérence dans les valeurs pour, ensuite, amener l'individu à construire un nouveau sens (Clément, 2002). Une approche humaniste est alors plus appropriée. Le concept d'empowerment est implicite dans cette approche. Selon Dumas (1999), il dépasse la notion de simple

participation à un atelier ou à un cours, et vise plutôt à encourager le contrôle de la situation par la personne elle-même comme suite aux informations et à l'éducation reçues. Il ne s'agit pas pour le professionnel de la santé de diffuser uniquement des connaissances et de répondre aux questions, mais plutôt d'interpeller les apprenants dans leur vécu, de les faire réfléchir sur leurs expériences, de les encourager à intégrer, pratiquer et appliquer de nouvelles connaissances, habiletés et attitudes (Dumas, 1999). Le rôle du professionnel de la santé est celui d'un facilitateur et d'un médiateur (Martin et Balthazar, 1988). Ceci signifie que l'éducateur doit aller « chercher le vécu des apprenants et adapter le contenu et les méthodes pédagogiques à un groupe particulier » (Dumas, 1999 : 37).

En d'autres mots, adopter un rôle de facilitateur consiste à poser des questions plutôt que donner des réponses, à partager des connaissances au lieu de contrôler un environnement d'apprentissage (Dumas et St-Pierre, 1994). Selon cette approche, l'éducation à la santé a pour objectif global d'améliorer et de maintenir une qualité de vie. Elle a quatre objectifs spécifiques qui sont de favoriser : 1) les compétences pratiques; 2) l'actualisation de soi; 3) une responsabilisation et; 4) une autogestion de sa santé. Harvey (2003: 2) la définit comme :

« L'ensemble des approches et instruments visant à engager une ou des personnes dans un processus d'auto responsabilisation de sa santé et de son bien-être. »

Comme les valeurs à la base de la profession d'ergothérapeute sont congruentes avec les valeurs humanistes et que l'intervention ergothérapique vise le plein développement des personnes et l'empowerment (MSNBS et ACE, 1986), il est attendu que l'éducation à la santé dans une perspective ergothérapique s'ancre également dans le courant humaniste. Il existe de nombreux modèles d'éducation à la santé. Les modèles applicables et intéressants dans le contexte ergothérapique seront décrits dans leurs composantes de façon critique.

2.5 Modèles d'éducation à la santé

Les modèles d'éducation à la santé peuvent se diviser en deux grandes catégories, les modèles individuels et les modèles populationnels. Les modèles individuels sont issus de théories qui cherchent à expliquer l'adoption ou le rejet des comportements liés à la santé par des facteurs individuels. Ces approches individuelles ne répondent pas aux problèmes de population d'où l'émergence d'approches dites populationnelles ou écologiques. Dans cette section du chapitre, nous aborderons dans un premier temps les modèles individuels parce qu'ils présentent des concepts clés utiles et applicables par différents professionnels dans leur planification d'interventions individuelles dans des contextes de prévention et de promotion de la santé. Dans un deuxième temps, différents modèles populationnels seront décrits permettant ainsi de comprendre une activité de promotion de la santé qui s'adresse à un groupe. L'idée qu'une pratique occupationnelle est nécessairement dirigée vers un individu est de plus en plus interrogée (Townsend et Polatajko, 2007). Ainsi, les modèles populationnels peuvent s'avérer utiles aux ergothérapeutes dans une pratique élargie et renouvelée. Selon Filiatrault et Richard (2005), les milieux universitaires ainsi que les organismes impliqués dans la formation continue sont interpellés pour accorder davantage de place à l'enseignement de ces théories afin de favoriser une implication plus grande des ergothérapeutes en éducation à la santé.

2.5.1 Modèles individuels

Les théories pour expliquer les facteurs déterminants des changements comportementaux dérivent de la psychologie sociale. Les théories qui seront présentées renferment l'ensemble des concepts couramment utilisés dans ce domaine et repris dans les autres modèles. Il s'agit des théories des croyances relatives à la santé de Becker (1974), de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975), sociale

cognitive de Bandura (1980), du comportement planifié d'Ajzen (1988) ainsi que du cadre intégrateur de Godin (2002).

2.5.1.1 Théorie des croyances relatives à la santé

Cette théorie de croyances relatives à la santé s'intéresse aux croyances impliquées dans le processus décisionnel quant à l'adoption ou à la cessation d'un comportement. La modélisation de cette théorie, proposée par Becker en 1974, suggère que les changements comportementaux dépendent d'abord de la croyance cognitive d'une perception de menace pour la santé. Celle-ci s'appuie sur la perception de sa vulnérabilité ou du risque relatif à éprouver un problème de santé et sur la perception de la gravité ou du danger à ne pas traiter une maladie (voir figure 2).

Supposons qu'une dame âgée atteinte d'ostéoporose est référée au programme de maintien à domicile parce qu'elle fait de nombreuses chutes. Elle souffre de séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ancien, dont un équilibre debout précaire. La perception de sa vulnérabilité est grande, car elle fait plusieurs chutes dues à son mauvais équilibre. Les croyances individuelles (perception de la vulnérabilité) sont sous l'influence de facteurs de modification. Il peut s'agir de facteurs externes incitatifs tels que les campagnes publicitaires, les stratégies éducatives ou de facteurs internes comme les symptômes d'une maladie. D'autres variables peuvent influencer la perception de vulnérabilité de l'individu. Dans l'exemple de la dame âgée, la condition interne d'ostéoporose peut l'inciter à modifier son comportement (Filiatrault et Richard, 2005). Comme facteurs externes, les recommandations de l'ergothérapeute et l'emploi relativement fréquent de la « marchette » chez une personne âgée peuvent être conçus comme des facteurs incitatifs. Finalement, les croyances ou la perception des avantages liés aux stratégies proposées pour réduire

les problèmes de santé et la perception des obstacles influenceront la probabilité d'adopter un comportement. La dame âgée peut percevoir la « marchette » comme un moyen efficace d'éviter de nombreuses chutes tout en lui permettant de se déplacer de façon sécuritaire. Toutefois, elle peut inclure comme perception des obstacles à l'utilisation d'une « marchette », un équipement encombrant et exposant son handicap (vulnérabilité) aux autres.

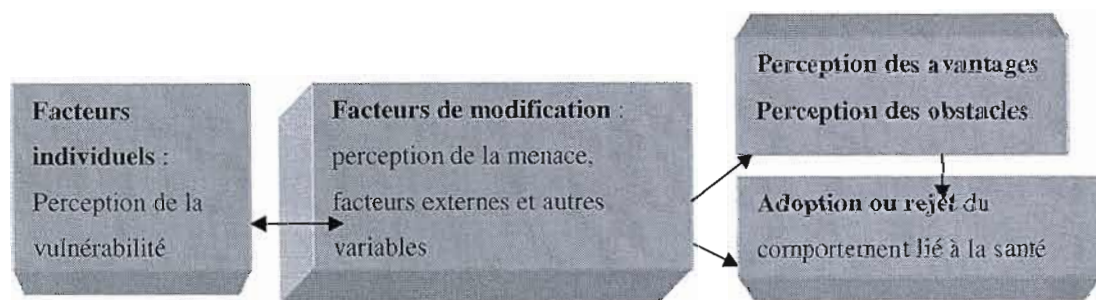


Figure 2 : Modélisation de la théorie des croyances relatives à la santé (Becker, 1974)¹⁷

Ce modèle d'éducation à la santé est intéressant puisqu'il oblige l'intervenant à aller chercher les croyances du client quant à son problème et à moduler ses interventions sur celles-ci. Selon les données probantes, il semble plus approprié pour l'étude de l'observance¹⁸ des prescriptions médicales et des tests de dépistage de maladies asymptomatiques qu'à la compréhension des comportements liés à la promotion de la santé (Godin, 2002). Il est aussi très utile pour concevoir des messages persuasifs en éducation à la santé. En effet, il a été utilisé pour créer des messages relatifs à l'hypertension, les troubles alimentaires, l'emploi de contraceptif et l'auto-examen

¹⁷ Traduction libre et adaptation.

¹⁸ Observance signifie suivre rigoureusement le traitement prescrit par un professionnel de la santé, notamment en ce qui a trait au respect des directives concernant les médicaments (Office québécois de la langue française, 2007 : http://w3.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclé/index800_1.asp).

des seins (Campbell, 2001). En ergothérapie, il serait particulièrement utile pour comprendre l'observance aux recommandations des ergothérapeutes telles que l'utilisation de techniques de positionnement ou d'aide à la marche.

Une version plus récente de la modélisation de la théorie des croyances relatives à la santé (Roden, 2004) intègre la variable « perception du contrôle comportemental » d'Ajzen (1988) qui comprend la notion d'efficacité personnelle de Bandura (1980). La perception du contrôle comportemental et la notion d'efficacité personnelle seront décrites plus loin dans les modèles d'où elles tirent leur origine.

2.5.1.2 Théorie de l'action raisonnée

Selon la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) qui est illustrée par les zones grisées de la figure 3, l'adoption d'un comportement dépend essentiellement de la motivation ou de l'intention comportementale, elle-même influencée par deux facteurs : l'attitude et la norme subjective.

L'attitude se définit comme les croyances quant aux retombées d'un comportement et à la valeur que la personne leur attribue (Montano, Kasprzyk et Taplin, 1997). Si un individu croit que le programme d'exercices quotidiens recommandé par son ergothérapeute lui sera bénéfique, il adoptera une attitude positive. À l'inverse, s'il ne croit pas en des retombées positives, il aura une attitude négative.

La norme subjective dépend de deux facteurs. : des croyances normatives qui se définissent comme la perception des attentes des personnes significatives de son entourage face à un comportement et de la motivation à se conformer à leurs attentes. La connaissance des normes culturelles de la personne et la participation des personnes significatives de l'entourage sont des facteurs de réussite.

Seuls les comportements qui sont sous le contrôle total de l'individu sont expliqués par cette théorie (Vandal, Bradet, Viens et Robichaud-Ekstrand, 1999). En d'autres mots, cette théorie ne s'applique que dans le cas des comportements où il n'y a aucune contrainte liée au manque de ressources ou aux habiletés nécessaires. Un individu peut être convaincu des retombées positives de faire de l'exercice pour sa santé. Ce comportement peut être renforcé par des personnes significatives de son entourage. Toutefois, si l'individu n'a pas les ressources nécessaires à l'exécution de ce comportement, il n'adoptera pas le comportement lié à la santé.

2.5.1.3 Théorie sociale cognitive

La théorie sociale cognitive de Bandura (1980) s'appuie sur le courant éducatif de l'apprentissage social. Ce courant combine des éléments du béhaviorisme et du cognitivisme. L'un des postulats à la base de l'apprentissage social est que les individus apprennent en observant des modèles compétents, efficaces et attirants dans l'environnement social (Merriam et Caffarella, 1999). L'apprentissage est imitatif et est le résultat de l'observation des comportements démontrés qui ont été renforcés. L'observation fait appel à des processus cognitifs. Les comportements imités sont retenus sur la base des conséquences qui ont découlé de ce comportement (Bandura, 1980). La personne module ses comportements en visualisant les conséquences probables de ses actions. Elle doit être capable de retenir l'information sous forme de symboles et de représentations et y faire appel comme cadre de référence. Le comportement retenu sera emmagasiné et l'apprenant pourra le démontrer lorsqu'il sera motivé à le faire (Merriam et Caffarella, 1999). Il s'agit d'un processus d'autorégulation qui requiert une co-construction entre l'apprenant et son environnement. Il reconnaît ainsi le rôle actif de l'individu.

Bandura (1980) ajoute la dimension d'auto-efficacité ou de sentiment de compétence dans un environnement particulier comme facteur influençant l'apprentissage ou les comportements appris. Pour adopter un comportement, l'individu doit croire en l'efficacité personnelle d'adopter ce comportement. De ce courant a découlé la notion de « locus of control » (ou lieu de contrôle, qui fait référence aux théories motivationnelles). Plus une personne a le sentiment d'avoir un contrôle sur sa vie c'est-à-dire qu'elle s'attribue le succès de ses actions, plus elle est motivée à apprendre comparativement à une personne qui attribue son succès à des facteurs extérieurs.

Au niveau des comportements liés à la santé, un individu adoptera un comportement s'il considère que ce dernier contribue au maintien et à la promotion de sa santé (croyance en l'efficacité du comportement) et qu'il a confiance en sa capacité au moment de réaliser le comportement (croyance en l'efficacité personnelle d'adopter ce comportement). La composante d'auto-efficacité a été reprise dans de nombreux modèles d'intervention en santé. Bandura (1980) propose quatre moyens d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité: 1) des réalisations personnelles; 2) de l'observation d'expériences vécues par d'autres; 3) de la persuasion verbale et; 4) de l'activation émotionnelle. La persuasion verbale se manifeste par l'emploi de renforcement positif et de rétroaction fréquente. L'activation émotionnelle réfère aux réactions physiologiques associées au stress et à l'anxiété. Ces réactions informent la personne d'une certaine vulnérabilité et peuvent affecter sa croyance en son efficacité personnelle. Il est possible de contrôler cette activation par des techniques de relaxation et d'autosuggestion.

Ces quatre moyens sont accessibles à l'ergothérapeute qui gradue les activités du client de façon à lui permettre de les exécuter avec succès. De plus, elle intervient

fréquemment en groupe avec des clients présentant des conditions semblables, dont les niveaux d'atteinte et de récupération diffèrent, ce qui procure des modèles compétents et efficaces aux patients. Par exemple, une ergothérapeute prescrit le port quotidien d'orthèses digitales à un patient atteint d'arthrite rhumatoïde. Le but des orthèses est de prévenir les déformations et de maintenir un alignement adéquat des segments des doigts ce qui assure une force de préhension suffisante pour poursuivre des activités de motricité fine et grossière. Si le patient a le sentiment que ses orthèses contribuent au maintien de sa qualité de vie, il les portera. Il faudra aussi qu'il ait reçu de la rétroaction positive et qu'il ait été exposé à des modèles compétents pour continuer à porter ses orthèses.

Des outils d'évaluation en réadaptation ont aussi été construits en se basant sur ce modèle. Citons le profil prothétique de l'amputé (Loiret, Paysant et André, 2006) qui a été traduit de l'anglais et validé en français. Ce test comporte six sections. Il permet au professionnel de la réadaptation entre autres, d'évaluer l'utilisation de la prothèse dans ses contextes et ses environnements d'activité, et d'examiner les facteurs prédisposants, de renforcement et facilitants qui influent sur le port de la prothèse tels que la douleur, la réaction de l'entourage au port de la prothèse, la facilité d'exécution des tâches. À partir des résultats, le thérapeute élabore un plan d'intervention en fonction des facteurs significatifs pour le client.

2.5.1.4 Théorie du comportement planifié

La théorie du comportement planifié (TCP) (Ajzen, 1988) est une extension de la théorie de l'action raisonnée (TAR) (Fishbein et Ajzen, 1975), ce qui signifie qu'elle inclue toutes les variables responsables du comportement de la TAR en plus d'introduire une autre variable, la perception du contrôle comportemental.

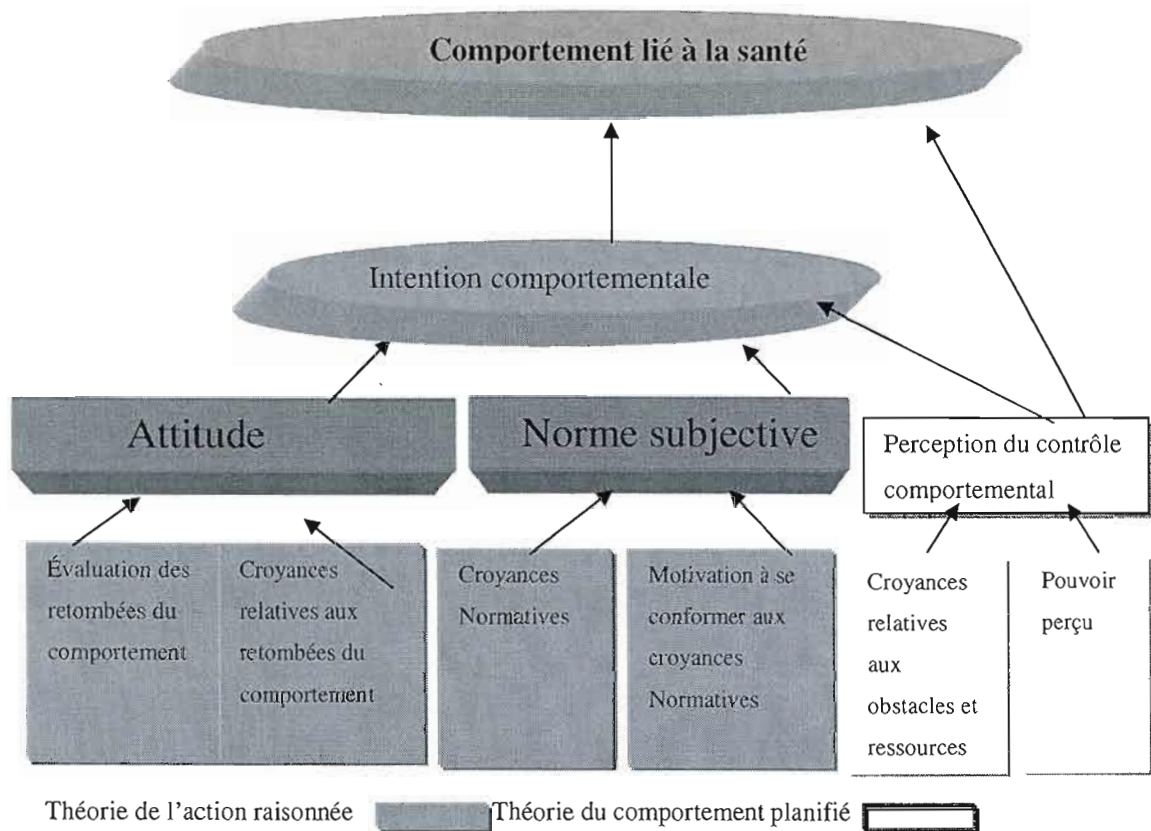


Figure 3 : Modélisation des théories de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) et du comportement planifié (Ajzen, 1988)¹⁹.

C'est pourquoi Ajzen (1988) a ajouté la composante perception du contrôle comportemental dans la théorie de l'action raisonnée (inclusion à la figure 3 des zones non-grisées).

La perception du contrôle comportemental est à la fois un déterminant direct du comportement et indirect par son action sur l'intention comportementale. La perception du contrôle comportemental s'appuie sur les croyances relatives aux obstacles et aux ressources ainsi que sur le pouvoir perçu.

¹⁹ Traduction libre et adaptation.

Dans une telle approche, il est très important que l'individu spécifie son contexte et s'exprime avec des termes précis. Un exemple clinique permet d'illustrer ce modèle. Une dame se voit conseiller par une ergothérapeute l'achat d'équipement adapté pour la baignoire qui consiste en un banc de bain et une barre d'appui. Le but et le comportement souhaité de cette prescription sont le transfert au bain de façon sécuritaire en utilisant l'équipement adapté. La dame a l'intention de suivre les recommandations de l'ergothérapeute. Elle a en effet pratiqué ce transfert à l'aide de l'équipement en réalisant que cela exigeait moins d'efforts tout en diminuant les risques de faire une chute. Sa fille et les autres membres de l'équipe d'intervention sont très favorables à l'utilisation de l'équipement. Malgré ce fait, la perception du contrôle comportemental est négative, car la dame n'a pas l'argent nécessaire pour se procurer l'équipement et n'ose pas demander à sa fille qui, selon ses perceptions, lui fournit déjà trop d'aide. L'ergothérapeute parvient à résoudre cette difficulté en permettant à la dame de se procurer l'équipement par l'entremise des services à domicile sous forme de prêt (Filiatrault et Richard, 2005). Ce modèle est très efficace pour prédire les comportements liés à la santé dans divers domaines comme la pratique régulière d'activités physiques (Godin et Kok, 1996), l'application d'exercices en physiothérapie (Alewijnse, Mesters, Metsemakers, Adriaans et van den Borne, 2001) et les habitudes alimentaires des adolescents (Louis, Davies, Smith et Terry, 2007).

2.5.1.5 Théorie du cadre intégrateur

La théorie du cadre intégrateur réunit les déterminants des comportements liés à la santé des modèles individuels d'éducation à la santé issus des théories prédictives d'adoption d'un comportement de santé et en emprunte certains concepts (Godin, 2002). En présence de conditions favorables, c'est-à-dire des ressources et des facteurs facilitant la prise de décision ainsi que le passage à l'action, l'adoption d'un

comportement serait prédite par l'intention. Celle-ci se définit selon huit variables regroupées en trois catégories : l'attitude, les normes perçues et le contrôle perçu (voir le tableau 1).

Intention d'adopter un comportement	Catégories	Variables
	attitude	Composante cognitive : analyse subjective des avantages et désavantages à adopter le comportement
		Composante affective : sentiments et émotions ressentis face au dit comportement
	normes perçues	Norme sociale : croyances normatives et pressions ressenties par des groupes ou des personnes importantes de l'entourage
		Norme comportementale
		Croyance dans les rôles sociaux
		Norme morale : principes moraux (les convictions personnelles et les règles personnelles de conduite)
	contrôle perçu	Barrières perçues : physiques et psychologiques
		Efficacité personnelle

Tableau 1 : Catégories modulant l'intention d'adopter un comportement de santé selon la théorie du cadre intégrateur de Godin (2002)²⁰.

²⁰ Adaptation.

Dans la première catégorie, l'attitude à l'égard du comportement à adopter, la composante cognitive traduit les croyances des individus. La deuxième composante de nature affective se mesure, entre autres, à l'aide d'énoncés déclaratifs référant à différents sentiments et émotions ressentis à l'idée d'adopter un comportement ou encore par l'énonciation des regrets anticipés : « Si j'adopte ce comportement, je me sens... ».

La seconde catégorie, les normes perçues, est constituée de normes variées qui ont une influence sur l'adoption d'un comportement. La norme sociale reflète la perception et les attentes de l'entourage. Les croyances normatives se définissent comme la perception du degré d'approbation des personnes importantes de l'entourage. La norme comportementale est le degré de prévalence du comportement dans l'environnement du sujet. D'après les travaux de l'auteur, la croyance dans les rôles sociaux aurait un impact significatif sur l'adoption d'un comportement (Godin et Kok 1996). Elle est le produit de l'auto-évaluation que fait un individu de son comportement à l'égard de son rôle social en comparaison avec quelqu'un occupant un rôle social semblable au sien. L'individu doit évaluer si son comportement est approprié. La norme morale dicte le sentiment d'obligation à adopter un comportement (Godin, 2002).

La troisième catégorie concerne le contrôle perçu et est constituée de deux éléments : les barrières perçues (empruntées à la théorie de Ajzen, 1988) et l'efficacité personnelle (tirée de la théorie sociale cognitive de Bandura, 1980).

L'auteur nous rappelle que l'importance des catégories varie selon le comportement et les populations ciblés par l'intervention éducative. De plus, il faut tenir compte de l'ensemble des variables externes telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et les traits de personnalité ainsi que les caractéristiques de l'environnement, car celles-ci peuvent avoir une influence sur chacune des trois catégories. La figure 4 illustre la modélisation du cadre intégrateur de Godin (2002).

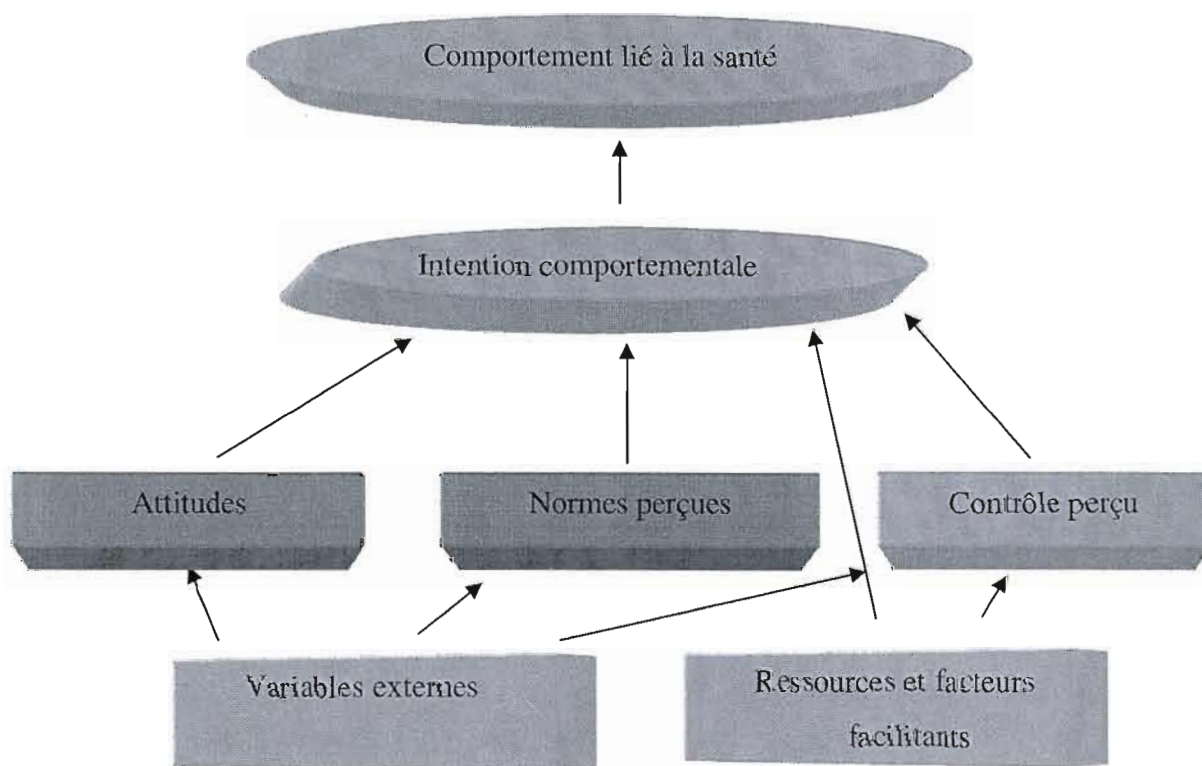


Figure 4 : Modélisation de la théorie du cadre intégrateur (Godin, 2002).

En synthèse, le choix d'un modèle d'éducation à la santé dépend de l'objectif visé. Les recherches ont démontré que la théorie des croyances relatives à la santé (Becker, 1974) est utile pour aider à l'observance de règles, de prescriptions et de tests de dépistage de même que pour créer des messages persuasifs. Dans ce modèle, l'accent est placé sur la menace du danger et la perception de la vulnérabilité comme éléments

décisifs dans l'adoption ou le rejet du comportement. La théorie du comportement planifié d'Ajzen (1988) reprend la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975) en y ajoutant la perception du contrôle comportemental permettant ainsi d'utiliser ce modèle pour les comportements qui ne sont pas sous le contrôle total de l'individu. Dans ces modèles, l'intention comportementale est dépendante de l'attitude personnelle et de la norme subjective basée sur les croyances normatives et sur la motivation. La théorie sociale cognitive de Bandura (1980) ajoute la dimension d'auto-efficacité comme facteur influençant l'apprentissage et l'adoption d'un comportement. Ce concept a été repris dans plusieurs modèles d'éducation à la santé individuels et populationnels. Le modèle de Bandura (1980) s'avère utile dans des situations de groupe car l'observation d'expériences vécues par d'autres est essentielle et module le comportement. Il nécessite aussi des mises en situation où le succès du comportement est assuré. La théorie du cadre intégrateur de Godin (2002) se veut holistique en reprenant tous les concepts des autres théories prédictives d'adoption d'un comportement de santé et apporte ainsi une contribution pour l'éducation à tous les comportements liés à la santé. Comme l'intervention en ergothérapie est une intervention offerte souvent sur une base individuelle, ils peuvent servir de cadre de référence pour planifier les interventions d'éducation à la santé. Les modèles incluant la variable de la perception du contrôle comportemental sont particulièrement intéressants puisque celle-ci respecte le principe de l'empowerment et présente des outils pour évaluer cette variable.

2.5.2 Modèles populationnels

Les modèles populationnels élargissent l'éventail des interventions pour favoriser une action plus efficace auprès de grands groupes ou de la population en général plutôt que de se centrer sur les individus. Mentionnons les interventions relatives aux environnements organisationnels (telles que le développement de ressources dans les écoles ou au travail); communautaires, (par exemple, les modifications

environnementales d'un quartier) et finalement, politiques (telles que le lobbying pour établir des lois favorables à la santé). Une brève description de deux modèles populationnels sera présentée.

2.5.2.1 Modèle Precede-Proceed

L'un des programmes éducatifs les plus connus et qui est enseigné en ergothérapie est le modèle *Precede-Proceed* (Green et Kreuter, 1991). Ce modèle s'inspire de la théorie d'apprentissage social de Bandura (1980) et est illustré à la figure 5.

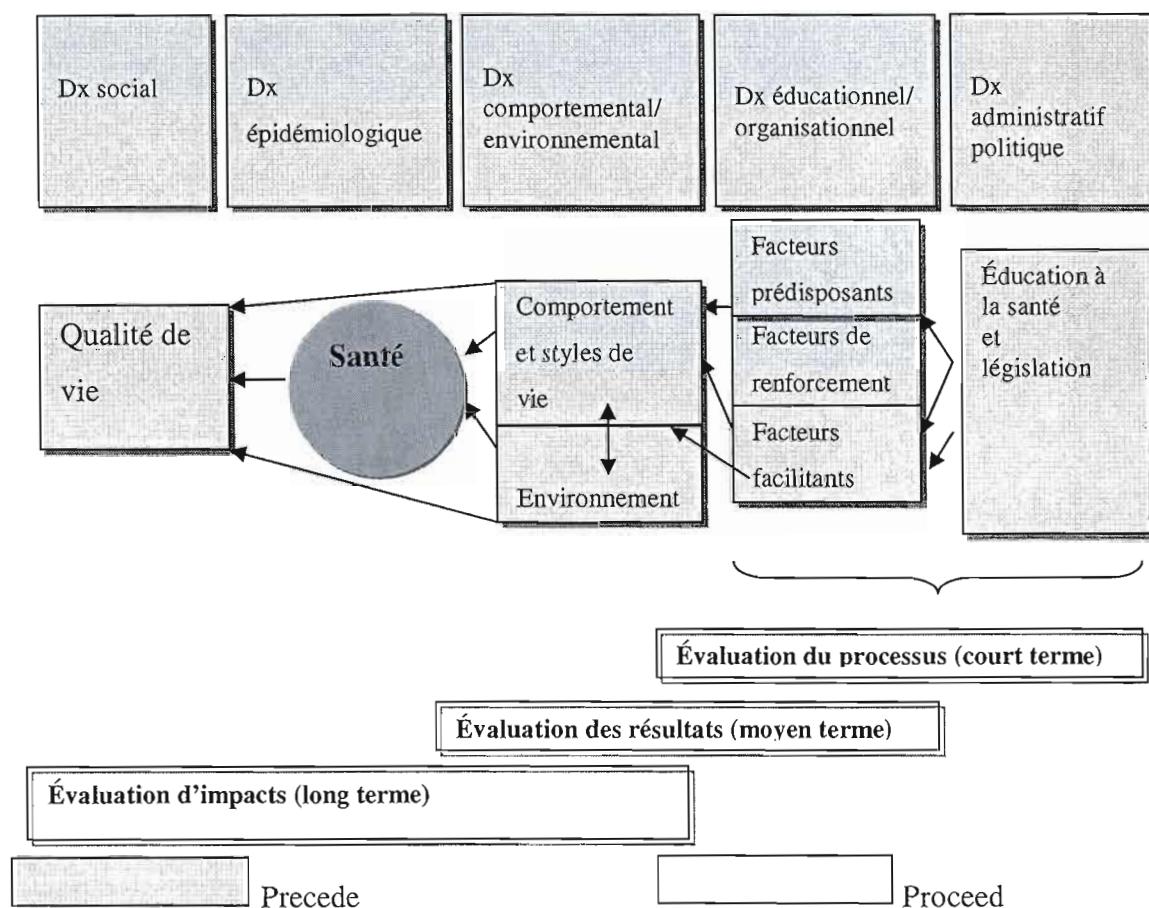


Figure 5 : Modèle Precede-Proceed (Green et Kreuter, 1991)²¹.

²¹ Traduction libre et adaptation.

La partie « Precede » est constituée de cinq étapes diagnostiques (dx) (Renaud et Gomez Zamudio, 1999). Le diagnostic social sert à évaluer la perception que les gens ont de leur qualité de vie et à formuler de concert avec eux leurs priorités en matière de problèmes sociosanitaires. Les mesures de qualité de vie peuvent être objectives et quantitatives ou subjectives. En tant que mesure objective, il y aurait le taux de personnes handicapées dans une communauté et comme mesure subjective, l'évaluation que la communauté fait de la fréquence du handicap. Sur le plan du travail, le taux d'absentéisme est une mesure objective alors que la perception de l'absentéisme sur le travail serait la mesure subjective. Le diagnostic social nécessite la participation des membres de la communauté tant au niveau de la collecte que de l'analyse des données.

La seconde étape, le diagnostic épidémiologique sert à établir le problème de santé prioritaire et les objectifs de changement en fonction de ce problème. Le diagnostic épidémiologique détermine l'ampleur du problème à l'aide de deux méthodes. La première méthode met en lien l'ampleur du problème avec le taux de morbidité, de mortalité et d'incapacité. Elle précise la distribution en fonction de l'âge, du sexe, de l'ethnicité, du logement, des habitudes de vie et de l'exposition à des facteurs de risque. La deuxième méthode cherche à mettre en lumière les causes du problème sur lesquelles il est possible d'agir en matière de promotion de la santé. Il est possible d'utiliser une approche participative à cette étape.

Le diagnostic comportemental/environnemental consiste à déterminer les facteurs associés au problème de santé, les priorités et les objectifs de changements comportemental et environnemental souhaités. Il s'agit alors de passer en revue les facteurs de risque connus ou les comportements associés au problème de santé de la

population. Ces comportements sont par la suite analysés selon leur fréquence, la clarté du lien de causalité entre le comportement et le problème de santé ainsi que le niveau d'intervention requis. Par la suite, il faut établir une liste précise des comportements préventifs et des comportements associés au traitement. On peut aussi déterminer la capacité de changement de comportement à partir d'études ou de programmes antérieurs. Les chances de changement sont plus élevées si le comportement n'est pas ancré et qu'il est superficiellement relié au style de vie. Les chances de changement sont moins élevées si le comportement est fortement relié à la culture, qu'il inclut une composante de dépendance et que les programmes éducatifs antérieurs ont eu peu de succès. Le comportement ayant la priorité la plus élevée devient l'élément central du programme. La décision doit être prise en équipe incluant des membres de la communauté.

Le diagnostic environnemental consiste à déterminer les facteurs environnementaux qui contribuent au problème de santé. Il tient compte des environnements physique et psychologique. Ce dernier comprend les problèmes perceptuels et de relations interpersonnelles. Les facteurs environnementaux peuvent être modifiés par un changement de politique, de réglementation ou au niveau organisationnel. Il est possible d'intervenir sur un facteur de moindre importance s'il est perçu comme important par la communauté et qu'il est facile d'avoir des résultats positifs. Dans le cadre d'un projet sur la prévention du suicide, un objectif comportemental pourrait être que des jeunes du secondaire participent à un groupe de soutien par les pairs tandis que l'objectif environnemental serait que les parents et les enseignants développent une meilleure compréhension du phénomène du suicide.

La quatrième étape, le diagnostic éducationnel/organisationnel, cherche à mettre en évidence les facteurs prédisposants, facilitateurs et de renforcement qui doivent être

modifiés pour que les changements comportementaux et environnementaux soient instaurés et maintenus. Les facteurs prédisposants sont les facteurs internes qui sous-tendent le comportement au point de vue de la raison ou les facteurs de motivation. Il s'agit des connaissances, des croyances, des valeurs, des perceptions et des attitudes que les individus de cette collectivité ont par rapport au comportement ainsi que de certaines variables démographiques. Les facteurs facilitants sont ceux qui précèdent et permettent l'actualisation de l'action, c'est-à-dire l'apparition du comportement. Ce sont la disponibilité et l'accessibilité des ressources, les lois, les habiletés personnelles et collectives. Finalement, les facteurs de renforcement sont ceux qui contribuent à maintenir le comportement et à le répéter : récompenses, bénéfices sociaux, renforcements des personnes significatives de l'entourage et renforcement social. Ainsi, un programme éducatif vise à transmettre des connaissances et cherche à faire un travail de réflexion sur les valeurs et les attitudes.

Finalement, le diagnostic administratif/politique concerne l'adéquation entre l'organisation interne et les activités proposées dans le programme de promotion de la santé. C'est dans cette phase que les ressources humaines et financières requises pour l'implantation du programme seront précisées. Les obstacles à la mise en œuvre du programme, dont les barrières dans la communauté, les conflits au niveau des buts, la familiarité avec les procédures et les méthodes, font aussi l'objet d'une analyse particulière. Le diagnostic politique consiste à évaluer les forces et les barrières extra-organisationnelles pour créer des partenariats indispensables. Par exemple, un manque de ressources humaines professionnelles peut être comblé par un partenariat entre un organisme communautaire et une institution éducative car leurs objectifs sont complémentaires.

La partie « Precede » complétée, la partie « Proceed » s'amorce. La mise en œuvre du programme sera suivie d'une démarche évaluative qui se fait en trois temps : à court, moyen et long termes. Cette démarche fait partie intégrante du modèle et peut porter sur tous les facteurs retenus ou encore sur un sous-ensemble. Parmi ces facteurs, mentionnons les facteurs comportementaux et environnementaux, les activités du programme, la mesure de la qualité de vie et les règlements. La première démarche évaluative est l'évaluation du processus ou d'implantation. Cette évaluation consiste en une description claire et précise du programme et de son déroulement. Les données de cette évaluation serviront à vérifier s'il y a adéquation entre les activités et les objectifs et si les activités rejoignent bien la clientèle visée. L'évaluation à moyen terme est une évaluation des résultats. Cette évaluation s'intéresse aux effets du programme à l'aide des diagnostics comportemental/environnemental ainsi qu'éducationnel/organisationnel; par exemple, l'amélioration de la sécurité de l'environnement physique. L'évaluation à long terme est une évaluation d'impacts qui mesure les changements réels et persistants.

Un programme de prévention de la dépression et du sentiment de désespoir chez les personnes âgées arthritiques aurait pu être créé selon ce modèle. Chez cette population, les facteurs de renforcement englobent le soutien du groupe de pairs et une meilleure maîtrise de son environnement. Les facteurs prédisposants sont le manque de connaissances de la mécanique corporelle et des principes de protection articulaire, la présence de douleur, la difficulté à accomplir les tâches quotidiennes ainsi que les croyances à l'égard de la maladie. Ces facteurs représentent les facteurs sur lesquels l'ergothérapeute possède des connaissances et a la capacité d'intervenir (Eilenberg, 2000).

Un programme éducatif en ergothérapie qui s'adresse à cette clientèle offre le soutien d'un groupe de pairs et renseigne sur la pathologie, la mécanique corporelle et les

mesures efficaces pour prévenir les déformations et la douleur. Parallèlement au programme éducatif, du lobbying est fait pour fournir des infrastructures appropriées à cette population afin de diminuer l'isolement vécu par ces personnes.

2.5.2.2 Modèle de promotion de la santé de la population

En 1989, l'Institut canadien des recherches avancées (ICRA) a lancé le concept de la santé de la population, émettant le postulat que l'interaction complexe des déterminants de la santé exerce un effet important sur la santé (Hamilton et Bhatti, 1996). En 1994, l'approche axée sur la santé de la population et le modèle de promotion de la santé de la population (MPSP) ont été officiellement adoptés par les ministres de la Santé dans un rapport intitulé « Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens » (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial, 1994). Le MPSP est un modèle tridimensionnel et peut être représenté par un cube dont les trois faces visibles constituent les trois dimensions du modèle : les déterminants de la santé, les niveaux d'intervention et les stratégies d'intervention (voir figure 6).

Les déterminants de la santé sur la face frontale du cube sont ceux expliqués dans la section 2.3. Les niveaux d'intervention sur la face dorsale du cube s'échelonnent du niveau individuel à celui de la société en passant par la famille, la collectivité (regroupement de personnes autour d'un intérêt commun ou d'un point géographique - quartier, école ou lieu de travail) et le secteur ou système (éducation, soutien du revenu, logement). La face verticale du cube fait référence aux différentes stratégies qu'il est possible d'utiliser. Ces stratégies sont de cinq ordres : 1) le renforcement de l'action communautaire; 2) la mise en place de politiques publiques saines; 3) la création de milieux favorables; 4) le développement d'aptitudes personnelles; et 5) la réorientation des services de santé (Agence de santé publique du Canada, 2003).

Pour chacune de ces stratégies, il est possible de mettre sur pied des programmes de nature éducative (Rochon, 1988).

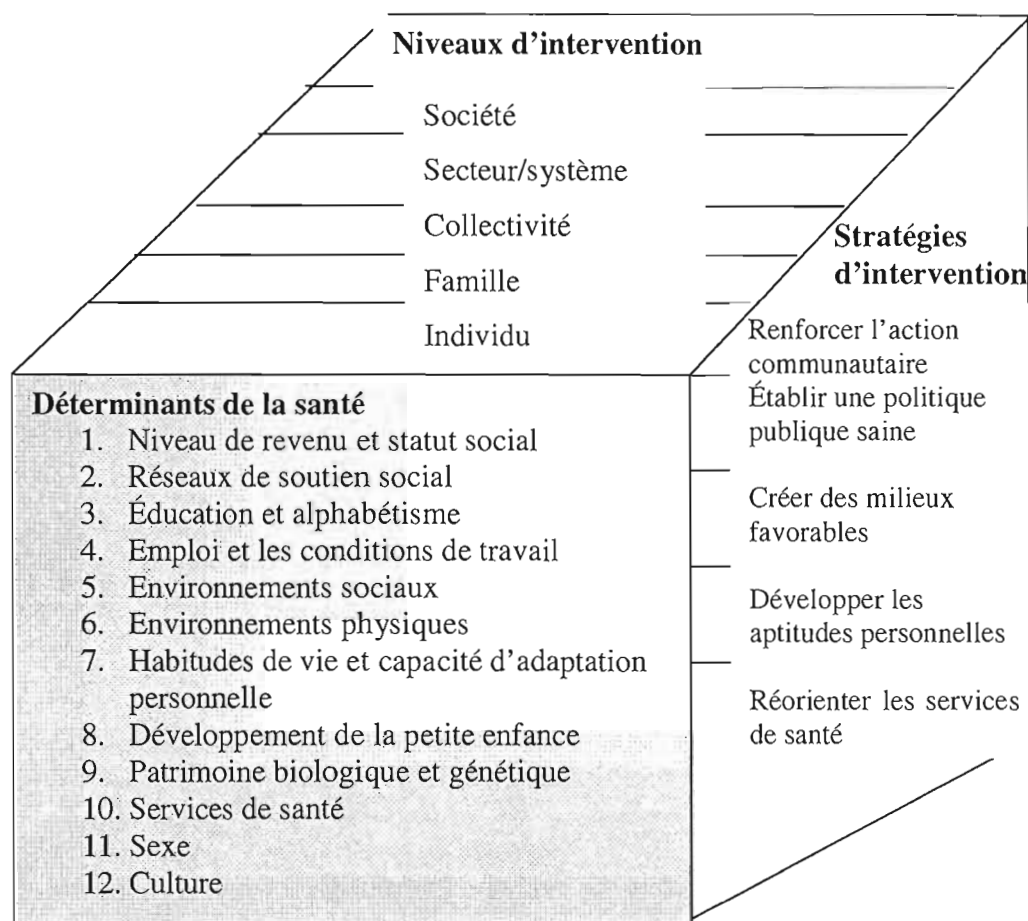


Figure 6: Modèle de promotion de la santé de la population (Agence de santé publique du Canada, 2003).

Un programme éducatif ergothérapique sur la connaissance des facteurs limitant la mobilité des personnes de tous les âges favorisera l'action communautaire. Des programmes éducatifs sur les besoins particuliers et les limites des personnes souffrant d'un handicap contribueront à la mise en place de politiques publiques

saines, à la création de milieux de vie qui leur sont favorables et à la réorientation des services de santé.

L'utilisation efficace de ce modèle réside dans huit éléments clés dont l'éducation fait partie: 1) la centralité de la santé de l'individu, de la famille, de la collectivité et de la société en tant que préoccupation; 2) l'étude des déterminants de la santé et de leurs liens aux problèmes de santé identifiés; 3) la nécessité de fonder les décisions sur des données probantes; 4) l'investissement en amont en s'attaquant aux causes; 5) l'utilisation de stratégies multiples dont l'éducation; 6) la collaboration entre les divers paliers et secteurs; 7) l'emploi de stratégies diverses pour encourager la participation du public; et 8) la prise en charge des responsabilités quant aux résultats sur le plan de la santé. Les valeurs à la base de ce modèle sont la santé, la justice sociale qui renvoie à la répartition des ressources, le partage du pouvoir, l'écologie et l'inclusion sociale.

En synthèse, les modèles d'éducation à la santé individuels et populationnels peuvent servir de cadre de référence aux ergothérapeutes pour moduler leurs interventions éducatives. En effet, les ergothérapeutes interviennent aux niveaux institutionnel, communautaire et gouvernemental. Elles interagissent avec des individus et des groupes. L'Ordre des ergothérapeutes du Québec émet le postulat que les connaissances que possèdent les ergothérapeutes, leur expertise en matière d'analyse d'activités de même que le modèle holistique préconisé ainsi que la philosophie qui sous-tendent la pratique de la profession, renforcent leur rôle comme agents actifs dans les interventions en éducation à la santé. La participation des ergothérapeutes à l'éducation à la santé apporte une contribution professionnelle spécifique par leurs connaissances sur l'occupation et sur l'analyse de l'activité. « Leur champ de

pratique s'enrichit d'une mission commune à tous les professionnels de la santé soit la prévention et la promotion (OEQ b, 2004 : 19) ».

Toutefois, le discours sur leur contribution et leurs interventions en matière d'éducation à la santé est nouveau et peu documenté par la recherche. Dans une perspective exploratoire, un questionnement articulé sur les représentations socioprofessionnelles permettrait de faire ressortir les connaissances, les actions et la vision particulière que les ergothérapeutes ont de leur rôle d'éducateur à la santé. En conformité avec Blin (1997b), ces représentations socioprofessionnelles devraient faire émerger les cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives sur leur rôle en éducation à la santé. Elles devraient aussi permettre d'identifier s'il ressort un référentiel commun (convergence entre les individus de ce groupe de professionnel) quant à leurs connaissances, leurs actions et leurs évaluations de leur rôle dans ce domaine. Il est plausible aussi de s'attendre à ce que des prises de position individuelle permettent d'identifier certaines typologies particulières d'éducateur à la santé au sein de ce regroupement professionnel influencés notamment par des éléments contextuels dont le milieu, la clientèle, les années d'expérience et le lieu de formation. La formation reçue, l'expérience professionnelle cumulée ainsi que le milieu de pratique où œuvrent les ergothérapeutes peuvent tous être des caractéristiques qui façonnent des styles distincts d'exercice du rôle en éducation à la santé.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

À la lumière du cadre conceptuel retenu, ce chapitre décrira dans un premier temps, l'approche de recherche adoptée dans la présente étude. Par la suite, il s'attardera aux éléments propres à l'opérationnalisation de la méthodologie. Finalement, il traitera de considérations éthiques.

3.1 Approche de recherche

L'objectif de la présente étude de nature exploratoire est de décrire les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé. Nous préconisons une approche qualitative de nature descriptive (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997). Selon les auteurs, les types de recherches qualitatives sont classifiés de diverses façons (Merriam, 2002) : la finalité (Tesch, 1990), la stratégie méthodologique (Denzin et Lincoln, 2000) ou la posture adoptée (Demazière et Dubar, 1997). Les recherches qualitatives peuvent se regrouper sous trois postures déterminées à la fois par le rôle assumé par le chercheur et la manière dont le discours des acteurs est considéré (Malo, 2006). Dans la posture « analytique », l'acteur et le chercheur reconstruisent la réalité. Le compte-rendu doit faire ressortir le travail de catégorisation que l'acteur a effectué au cours de l'entretien. Il porte sur le contenu des entretiens, mais aussi sur leur structure. La seconde posture qualifiée de « restitutive » laisse la place au discours de l'acteur. Le compte rendu est une présentation de la communication réciproque dynamique entre les membres d'un groupe. Le codage se fait dans le langage des acteurs et les données sont compréhensibles grâce à une mise en contexte. Dans la posture

« illustrative », le chercheur sollicite les participants à s'exprimer à partir de catégories prédéterminées. Le discours sert à illustrer la pertinence du propos.

S'appuyant sur les modèles en éducation à la santé, la posture adoptée lors cette étude est de nature « illustrative ». Les définitions de la santé, les modèles d'éducation à la santé ont servi de cadre de référence pour interpréter le discours des ergothérapeutes.

La recherche qualitative se caractérise, entre autres, par sa démarche de recherche qui peut être schématisée de façon cyclique. À partir d'une question de recherche, le chercheur crée un échantillonnage intentionnel, recueille des données et procède au fur et à mesure de la collecte à leur analyse. La collecte de données se poursuit jusqu'à saturation des données. La figure 7 illustre le processus de recherche qualitative appliquée dans la présente étude.

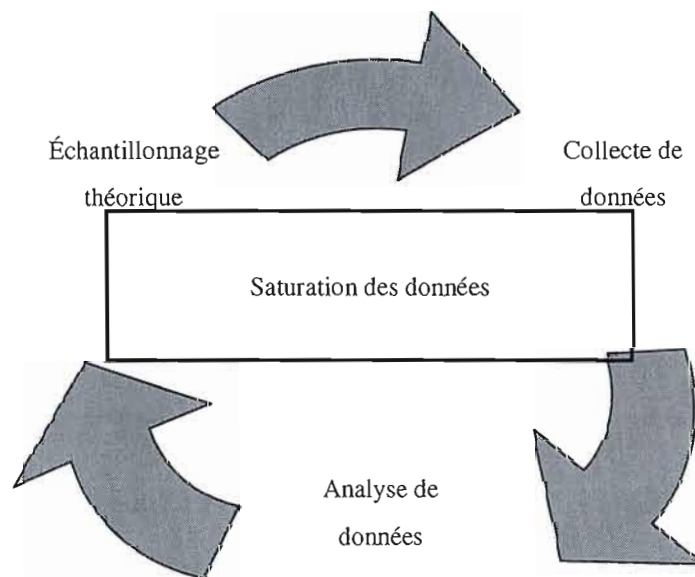


Figure 7 : Schéma du processus de recherche qualitative (Savoie-Zajc, 2000)²².

²² Adaptation.

Le concept de représentations socioprofessionnelles a guidé les critères liés à l'échantillonnage puisqu'il concerne des professionnelles ayant reçu une formation similaire et œuvrant au sein d'établissements ou organismes dont les facteurs organisationnels influencent la pratique mais dans un contexte social différent en pratique privé. Ce concept a également servi de canevas pour la collecte de données en structurant les principaux contenus abordés par le protocole d'entrevue. Pour décrire les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé, les participantes ont été invitées à décrire leurs connaissances, leurs interventions en éducation à la santé et l'évaluation qu'elles en faisaient. Ainsi, le discours des participantes, nous a donné accès aux interventions et à leur signification.

3.2. Principaux paramètres méthodologiques de l'étude

Les éléments propres à la méthodologie seront examinés plus en profondeur dans cette section du chapitre. Nous traiterons dans un premier temps des sujets ayant participé à l'étude. Plus spécifiquement, les critères d'inclusion et d'exclusion des participantes seront précisés ainsi que la stratégie de recrutement et les caractéristiques des participantes. Par la suite, une description des modes de collecte de données sera effectuée. En dernier lieu, la rigueur méthodologique et les considérations éthiques de l'étude seront abordées.

3.2.1 Participantes

3.2.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

L'échantillonnage intentionnel (Savoie-Zajc, 2000) consiste à inviter des personnes à faire partie de la recherche, en se basant sur des critères découlant du cadre théorique. L'échantillon devait être constitué d'ergothérapeutes, œuvrant directement auprès de

clients ²³ dans une institution (par opposition à la pratique privée), ayant reçu une formation de premier cycle d'une université agréée par l'ACE. En recherche qualitative, l'échantillon d'étude n'est jamais statiquement représentatif. Il veut dire « représentatif en terme de processus sociaux » (Pourtois et Desmet, 1997 cité par Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006 : 121) et sa représentativité est assurée par la saturation des données.

Les critères d'inclusion des participantes sont :

- être ergothérapeute;
- pratiquer à titre de clinicienne;
- détenir un baccalauréat en ergothérapie;
- avoir un minimum de cinq années d'expérience;
- maîtrise de la langue française.

Les critères d'exclusion sont :

- être membre à l'extérieur du Québec;
- détenir un diplôme de deuxième ou troisième cycle;
- travailler à titre d'administrateur;
- travailler principalement en pratique privée.

Les ergothérapeutes qui n'occupaient pas des postes cliniques ont été exclues puisque nous souhaitons faire émerger les représentations socioprofessionnelles qui se forment dans la pratique. De plus, prenant en compte que le diplôme d'entrée en pratique est le baccalauréat jusqu'en 2010, ce diplôme sera considéré comme un critère d'inclusion. Jusqu'à tout récemment, les diplômes de deuxième et de troisième

²³ Le terme client doit être pris au sens large : autres professionnels, employeurs, patients et famille.

cycles détenus par les ergothérapeutes sont le résultat d'études complétées dans un champ distinct de l'ergothérapie et ne sont pas requis par l'ordre professionnel pour pratiquer à titre d'ergothérapeute. L'objet de la présente étude s'intéresse à l'ergothérapie spécifiquement et aux représentations qui découlent de la formation nécessaire pour l'entrée en pratique et du savoir expérientiel des ergothérapeutes. Considérant que l'obtention de diplômes de deuxième ou troisième cycle dans une discipline autre que l'ergothérapie puisse induire un processus de professionnalisation distinct, ces ergothérapeutes seront exclues puisque la présente étude s'intéresse à un groupe professionnel ayant reçu une formation initiale similaire.

Les personnes qui ont été appelées à faire partie de l'échantillonnage devaient être ergothérapeutes pratiquant à titre de cliniciennes. Les ergothérapeutes ayant plus de cinq ans d'expérience ont été sollicitées. Un nombre d'années d'expérience s'élevant à cinq ans a été privilégié pour permettre aux ergothérapeutes de développer un savoir expérientiel et une identité professionnelle²⁴ relativement à leur pratique. De plus, selon Ndoreraho et Martineau (2006), la durée de la phase de l'insertion professionnelle²⁵ de cinq ans semble être une moyenne logique à la vue des différentes estimations faites selon les études consultées. En effet, la durée de cette phase d'insertion professionnelle enseignante est variable selon les auteurs. Citons les écrits de Ndoreraho et Martineau (2006 :1) :

²⁴ Les composantes de l'identité professionnelle sont les valeurs, les rôles, les fonctions et les tâches propres à l'ergothérapeute.

²⁵ « La définition de l'insertion professionnelle enseignante ... précise qu'il s'agit « [d'] une expérience de vie au travail qui implique un processus d'adaptation et d'évolution chez le nouvel enseignant et qui se produit lors des débuts dans la profession. » Par cette définition, on comprendrait qu'on s'attend à ce que durant la période d'insertion professionnelle, le nouvel enseignant se familiarise avec son nouveau milieu professionnel, ses habitudes, son fonctionnement, ses rouages, sa culture et tout ce qui est en lien avec sa profession en tant que professionnel (Ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2006; Treleven, 200 »(Ndoreraho et Martineau, 2006 :1) Accès : http://64.233.169.104/search?q=cache:vrvOadEtgmEJ:www.insertion.qc.ca/IMG/doc/JPN_ET_SM-4.doc+Mukamurera,+2006,+Recherches+qualitatives&hl=fr&ct=clnk&cd=3&gl=ca

« Vonk et Schras dans Nault (1993) parlent d'une période de sept ans, Baillauquès et Breuse (1993) parlent d'une période qui s'étend d'une année à cinq ans d'expérience. Castetter dans Weva (1999) estime que cette période varie d'une demi-journée à trois ans. Cette variabilité va dépendre de la personnalité de l'enseignant, ses expériences antérieures, le contexte scolaire dans lequel il se trouve et le type de contrat obtenu (Lamarre, 2003) ».

Afin de s'assurer que les ergothérapeutes soient d'expression française, nous avons restreint l'échantillonnage aux membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Les ergothérapeutes en pratique privée ont été exclues, puisque les représentations socioprofessionnelles sont les référents utilisés à l'intérieur des cadres institutionnels. Leur contexte d'emploi apparaît différent des ergothérapeutes œuvrant au sein d'une organisation publique. Selon Blin (1997), le contexte d'emploi doit être similaire.

3.2.1.2 Recrutement des participantes

Pour obtenir des participantes au Québec, il était possible pour l'auteure, en tant que membre, de communiquer avec l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) afin d'obtenir une liste de participantes potentielles répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de cette étude. En effet, cet ordre professionnel offre gratuitement à ses membres un service de communication entre les membres aux fins de recherche (voir la lettre placée en appendice A). Le nombre d'ergothérapeutes visé pour former la liste de recrutement était de 500. Si un nombre insuffisant d'ergothérapeutes répondait, une deuxième sollicitation avait été prévue un mois plus tard. Le rappel n'a pas été nécessaire.

Plus de 1 250 ergothérapeutes répondaient aux critères de la recherche. L'OEQ a procédé alors à un tirage aléatoire. Le résultat de ce tirage a constitué la liste de recrutement.

Pour composer l'échantillon, un envoi postal a été fait à toutes les ergothérapeutes de la liste fournie par l'OEQ. Un premier document ayant pour but de solliciter leur participation décrivait les objectifs et la démarche de la recherche ainsi que le temps exigé pour leur participation. Un questionnaire de données socioprofessionnelles, un formulaire de consentement préalablement signé par la chercheuse ainsi qu'une enveloppe préaffranchie ont été joints à l'envoi. Le questionnaire de données socioprofessionnelles (voir appendice B) demandait les informations suivantes : années d'expérience dans le milieu actuel, milieu de travail²⁶, champ de pratique²⁷, clientèle²⁸, autres expériences de pratique en ergothérapie en spécifiant le milieu de travail ainsi que le champ de pratique, université où le diplôme en ergothérapie a été accordé, année d'obtention du diplôme, formation en éducation à la santé.

Parmi les 500 envois postaux effectués, dix-neuf envois postaux ont été retournés pour erreur d'adresse ou parce que les ergothérapeutes avaient quitté leur emploi. Un centre a refusé que les ergothérapeutes de leur établissement participent à une étude non entérinée par leur comité de recherche. Sept demandes de participation avaient été postées à ce centre. Au total, 474 (97%) envois sont parvenus à destination.

Les ergothérapeutes devaient signifier leur intérêt à participer à la recherche en retournant le questionnaire de données socioprofessionnelles dûment rempli et le formulaire de consentement éclairé signé. Celles qui ont signifié leur intention de participer à la recherche sont au nombre de 63 soit 13,29 % des ergothérapeutes sollicitées, c'est-à-dire que 63 formulaires de consentement accompagnés du formulaire de données socioprofessionnelles dûment rempli ont été retournés. Dès la réception du formulaire de consentement, un rendez-vous pour une entrevue a été pris.

²⁶ On entend par milieu de travail, hôpital de soins aigus, établissements de soins de longue durée, centre de réadaptation, milieu communautaire, pratique privée.

²⁷ On entend par champ de pratique, médecine physique ou santé mentale.

²⁸ La clientèle réfère aux enfants (pédiatrie), adolescents, adultes et personnes âgées (gériatrie).

Les participantes ont été choisies par ordre de réception des formulaires de consentement. Le sceau de la poste faisait foi de la date de réception. Toutes les ergothérapeutes qui avaient signifié leur intérêt à participer à la recherche et tous les participants recevront un résumé du projet de recherche et seront informés du dépôt de la thèse.

3.2.1.3 Description des participantes

La description des participantes sert à estimer le degré et le type de similitudes avec les autres sites où l'on voudrait transférer les résultats. De plus, ces données serviront pour analyser les différentes prises de position individuelles. Cette compilation a été faite a posteriori, après la collecte des données, lorsque la saturation avait alors été atteinte.

Les ergothérapeutes ayant accepté de participer à la recherche respectaient les critères d'inclusion et d'exclusion à l'exception d'une. Suite aux renseignements plus détaillés fournis lors de l'entrevue, celle-ci ne respectait pas le critère d'années d'expérience. Elle n'avait que deux années d'expérience car l'administration du milieu lui avait transmis l'avis de recrutement en raison d'un remplacement de congé de maternité et celle-ci avait décidé d'y répondre. Par respect pour cette participante, l'entrevue a eu lieu et la codification a été complétée. Ce fait a été considéré lors de l'analyse des données. La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à 24 ergothérapeutes bien que la saturation des données semblait atteinte dès la vingtième entrevue. De plus, comme la liste des ergothérapeutes de l'OEQ tient en compte le diplôme de deuxième et troisième cycles qu'au moment où celui-ci est terminé, trois participantes avaient commencé des études de deuxième cycle. Ces trois personnes étaient en début de formation et poursuivaient leurs études à temps partiel. Ces participantes n'avaient complété qu'un ou deux cours de leur programme de maîtrise.

Une dernière participante avait amorcé sa pratique privée (contrat occasionnel) tout en maintenant un emploi régulier à temps plein. Lors de l'envoi du questionnaire de données socioprofessionnelles, ces participantes n'avaient pas indiqué ces éléments. Ces nouvelles données ont également été tenues en compte dans l'analyse des données.

Le nombre d'années d'expérience des participantes varie de deux ans à 29 ans et la moyenne d'années d'expérience est de 11,35 années. Ces années d'expérience ont été cumulées dans différents emplois. Le tableau 2 présente la répartition des années d'expérience totale parmi les participantes. Parmi les participantes, sept (7) sont de sexe masculin (29,2 %).

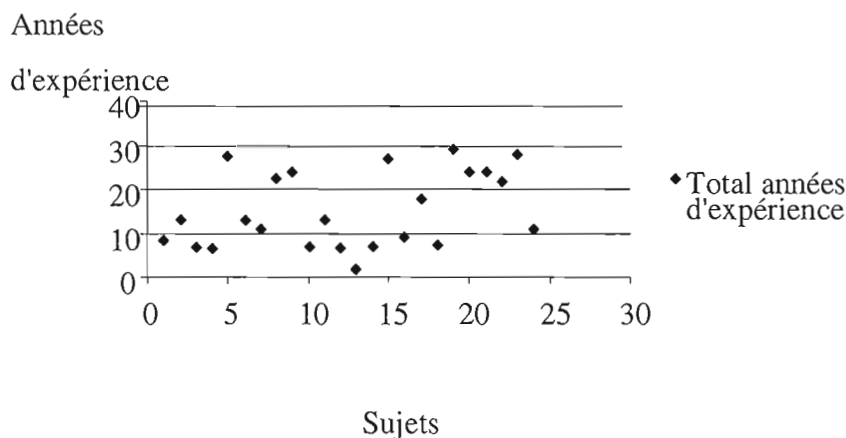


Tableau 2 : Répartition des années d'expérience des participantes.

Le champ de pratique de la déficience intellectuelle a été ajouté pour faire suite aux réponses reçues. Initialement inclus dans la santé mentale, les ergothérapeutes œuvrant en déficience intellectuelle ont spécifié ce champ comme étant distinct de la santé mentale. Le tableau 3 présente la répartition des participantes dans les divers champs de pratique actuel. La médecine physique est le champ de pratique le plus

fréquemment retrouvé chez les participantes. Le champ de pratique apparaîtra après chaque citation. L'abréviation utilisée apparaît dans le tableau ci-après.

Champ de pratique	Nombre de participantes n=24	%
Médecine physique-MP	14	58
Santé mentale-SM	4	17
Déficiência intellectuelle-DI	1	4
Mixte-M	5	21

Tableau 3 : Champs de pratique des participantes.

Par exemple, les citations de la participante 1 seront identifiées par P 01 MP pour médecine physique.

Les milieux de pratique des participantes sont variés (voir tableau 4). La majorité des participantes travaillaient en pratique communautaire soit au Centre local de services communautaires et en soins à domicile. Il est à noter que tous les participantes à l'exception d'un seul avaient déjà travaillé dans au moins un autre milieu.

Milieu de pratique	Nombre de participantes n=24	%
Pratique communautaire	9	37
Centre de réadaptation	6	25
Soins aigus	4	17
Soins de longue durée	4	17
Mixte soins aigus / longue durée	1	4

Tableau 4 : Milieux de pratique des participantes.

La clientèle desservie par les participantes (tableau 5) couvre l'ensemble des clientèles habituellement desservies par les ergothérapeutes. On note toutefois une fréquence moins élevée pour les clientèles en bas âge.

Clientèle	Nombre de participantes n=24	%
Mixte: gériatrique et adulte	9	37
Adulte	5	21
Gériatrique	5	21
Mixte: pédiatrique et gériatrique	3	13
Pédiatrique	1	4
Mixte: pédiatrique et adolescent	1	4

Tableau 5 : Clientèles desservies par les participantes.

Le tableau 6 présente la distribution des participantes en fonction de l'université ayant décerné le diplôme en ergothérapie. Les participantes ont obtenu leur diplôme de l'une des trois universités québécoises qui offraient le programme de formation en ergothérapie au moment de la collecte de données ainsi que de la seule université à l'extérieur du Québec à l'offrir en français.

Université	Nombre de participantes n=24	%
Laval	10	42
Montréal	7	29
McGill	5	21
Ottawa	2	8

Tableau 6 : Université décernant le diplôme en ergothérapie des participantes.

La troisième question de l'entrevue demandait aux participantes d'identifier leurs principales fonctions (voir tableau 7) au sein de l'organisme ou de l'institution où elles travaillent. Le rôle de thérapeute est identifié par tous les participantes. D'ailleurs, une participante qui œuvre en Centre de jour en santé mentale mentionne que son seul et unique rôle est celui de thérapeute. Le rôle d'évaluateur de

l'ergothérapeute est aussi très présent (96%). Par contre, celui de consultant est plus rare.

Rôle	Nombre de participantes n=24	%
Thérapeute	24	100
Évaluateur	23	96
Consultant	8	33

Tableau 7 : Rôle des ergothérapeutes.

3.2.2 Mode de collecte de données

Les entrevues ont été réalisées par téléphone²⁹ ou dans le milieu choisi par le participant lorsque la distance géographique le permettait. L'appendice C présente le protocole initial de l'entrevue. Au total, quatre entrevues ont été réalisées en face à face. Toutes les entrevues ont été menées par une ergothérapeute et seule chercheuse. En début d'entrevue, nous expliquions à chaque participante le but de l'étude et son déroulement. La chercheuse demandait de reformuler le consentement afin de vérifier sa compréhension. Elle répondait ensuite aux questions éventuelles portant sur les objectifs, les retombées de la recherche ainsi que sur les risques associés.

L'entrevue s'est déroulée en quatre parties : 1) validation des données socioprofessionnelles du questionnaire; 2) exploration du thème de la recherche; 3) période libre pour ajout de commentaires ou précisions; 4) conclusion. Lors de la

²⁹ Le choix de procéder par des entrevues téléphoniques repose essentiellement sur des contraintes de déplacement liées à la distance géographique. La nature des contenus abordés se prêtait toutefois bien à cette modalité d'entrevue. La possibilité d'enregistrer l'entrevue par l'utilisation de l'interphone main libre a permis de recueillir le verbatim intégral ce qui n'est pas toujours le cas pour l'entrevue téléphonique. Il faut préciser également que la durée moyenne des entrevues était de 90 minutes, durée similaire à celles que nous avons réalisées en face à face. De plus, certaines participantes en région éloignée ont dit apprécier pouvoir participer à une étude par le biais d'une entrevue téléphonique.

conclusion de l'entrevue, il a été réitéré que, comme stipulé dans le formulaire de consentement, les participantes seraient informées des résultats lors du dépôt de la thèse.

La durée moyenne des entrevues en personne et téléphoniques a été d'une heure et demie. Elles ont toutes été enregistrées sur cassette audio. Les bandes sonores des enregistrements des entrevues ont été transcrites intégralement c'est-à-dire mot à mot (Deslauriers, 1991). Les données ont été traitées l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative « ATLAS^{ti} 4.1 for Windows 95 ». ³⁰

3.2.2.1 Protocole d'entrevue

Le protocole final comporte 17 questions qui sont présentées dans le tableau 8. Les trois premières questions ont aidé à la contextualisation des données. Les treize autres questions ont été mises en lien avec les cognitions descriptives (n=5), prescriptives (n=4) et évaluatives (n=4) des représentations socioprofessionnelles qu'elles visaient à faire émerger. La dernière question s'adresse exclusivement aux ergothérapeutes œuvrant en santé mentale.

Les questions (Q) ont été regroupées selon la dimension évaluée. Ce regroupement ne reflète cependant pas la séquence dans laquelle les questions ont été généralement posées lors de l'entrevue.

³⁰ Ce logiciel comporte un éditeur réseau, un outil de recherche de texte, un codeur automatique. La zone de travail principale est appelée une zone herméneutique où le document est affiché en format texte riche avec ses codes associés, mémos et hyperliens dans la marge. L'éditeur réseau permet d'afficher les liens complexes entre les codes, les citations et les mémos (accès : http://www.atlasti.com/downloads/atlas.ti5_brochure_2008_fr.pdf)

Contextualisation des données
Q1 : Parlez-moi de votre travail?
Q2 : Quelle est votre clientèle (caractéristiques)?
Q3 : Quelles sont vos principales fonctions?
Cognitions descriptives
Q4 : Avez-vous une fonction d'éducateur ? Si oui, décrivez.
Q7 : Quel modèle utilisez-vous lorsque vous faites des interventions éducatives à la santé? Quel matériel utilisez-vous ?
Q8 : Quels concepts clés ergothérapeutiques sont utiles dans des interventions éducatives à la santé?
Q11 : Quelles différences faites-vous entre prévention primaire, prévention secondaire, prévention tertiaire et promotion de la santé?
Q16: Quelle est votre définition de la santé?
Cognitions prescriptives
Q5 : Quelles sont les interventions en éducation à la santé qui ont bien fonctionné ? Vos bons coups ? Décrivez.
Q9 : Quel rôle pourrait jouer l'ergothérapeute en fonction de l' éducation à la santé (avec la population en général ou avec des clientèles spécifiques) en s'appuyant sur ses connaissances? Avez-vous des exemples concrets?
Q12 : Considérez-vous que vous intervenez dans chacun de ces domaines (prévention et promotion) dans le cadre de vos fonctions? Si oui, donnez-moi des exemples.
Q13 : Si on vous offrait un poste en éducation à la santé, qu'est-ce que vous feriez s'il n'y avait aucun obstacle financier ou autre?
Cognitions évaluatives
Q6 : Quelles sont les interventions qui ont été difficiles? Pouvez-vous identifier les obstacles?
Q10 : Si vous aviez à choisir une image pour décrire vos interventions portant spécifiquement sur l'éducation à la santé, que serait-elle ?
Q14 : Comment voyez-vous l'ergothérapeute comme éducateur à la santé dans dix ans?
Q15 : Que pensez-vous quand l'Association canadienne des ergothérapeutes dit que l'occupation est le concept sur lequel les ergothérapeutes devraient appuyer leurs interventions en éducation à la santé ?
Q17 : Que pensez-vous du rôle d'éducateur qui dit qu'en santé mentale l'ergothérapeute enseigne au client les symptômes de sa maladie?

Tableau 8 : Protocole d'entrevue en lien avec les cognitions.

Afin de ne pas créer de discontinuité ou de rupture durant l'entretien, la chercheuse respectait l'ordre des contenus proposé par la participante. A ce titre, lorsque les participantes abordaient spontanément une des questions du protocole, la chercheuse enchaînait avec une question qui était en lien. Par exemple, lorsqu'une participante parlait spontanément d'un bon coup³¹, la chercheuse tentait de faire ressortir les éléments facilitant et ensuite, demander ce qui avait été plus difficile lors de certaines interventions en éducation à la santé (voir la section journal de bord sur la séquence des questions).

3.2.2.2 Journal de bord

Dans ce devis de recherche, le journal de bord a été tenu pour bien aiguillonner le déroulement des opérations (Deslauriers et Kérisit, 1997). Il a permis à la chercheuse de prendre du recul entre autres pour minimiser les biais qu'elle avait à titre d'ergothérapeute clinicienne pendant 20 ans et de maintenir une posture illustrative. Dans un deuxième temps, il a permis de colliger des notes sur le déroulement du processus de recherche, plus précisément sur celui de chaque entrevue.

La rédaction du journal a commencé lors de l'expérimentation du protocole d'entrevue avec deux ergothérapeutes ne faisant pas partie de la recherche. Les notes consignées ont permis de réajuster le protocole d'entrevue. De plus, aucune participante n'a mentionné de modèles éducatifs connus. Les questions du protocole initial qui s'y rattachaient ont été retranchées du protocole final d'entrevue.

« Les deux participantes ne connaissent aucun des modèles d'éducation à la santé présentés dans mon cadre conceptuel. J'ai vérifié si elles en connaissaient d'autres et aucune des deux n'a pu affirmer que oui. Ces deux

³¹ Le vocable « bon coup » a été préféré au mot « succès », bien que ce dernier soit, d'un point linguistique, correct. En terme évocateur et significatif, le choix du vocable « bon coup » est plus percutant et relève du langage parlé.

ergothérapeutes ont travaillé dans des champs de pratique très différents : santé mentale et santé physique. »

La tenue du journal de bord s'est poursuivie lors des entrevues permettant alors de se questionner sur le déroulement de la recherche tel que la séquence des questions. Des changements mineurs ont été apportés au protocole d'entrevue afin de faciliter l'émergence des cognitions. Lorsque le concept de santé était précisé dès le début de l'entretien, les participantes avaient plus de facilité à émettre les buts poursuivis en éducation à la santé. La question la plus abstraite qui est l'image représentative de leur rôle en éducation à la santé était plus facilement répondue, lorsque posée à la fin de l'entrevue.

« L'ordre des questions semble plus important que je le pensais. Quand je demande aux participantes de définir les concepts clés en premier comme santé, ils parlent plus facilement par la suite. C'est comme si un nouveau lien se créait pour eux. ».

« La participante 2 est passionnée par son travail. L'entrevue aurait pu durer des heures. Elle me fait réaliser l'importance de définir la santé comme ergothérapeute. Nos interventions s'articulent autour de ce concept. Elle avait de la difficulté à définir éducation à la santé pour cette raison. »

Les émotions, les pensées relatives à l'entrevue et à la dualité chercheur-ergothérapeute ainsi qu'aux biais de cette double position étaient consignées dans le journal de bord.

« Je devrais moi donner des exemples qui appartiennent à ma vie professionnelle. Je dois laisser encore plus de place aux participantes. Les exemples que je donne sont dans l'intention d'appuyer les propos des participantes mais cela les bloque aussi dans leur propre processus de réflexion. »

Des notes y étaient consignées sur le déroulement de chaque entrevue. Des similitudes sur la façon d'aborder l'entrevue ont émergé à la relecture du journal de

bord. Les ergothérapeutes interrogées avaient de la difficulté à définir le concept d'éducation à la santé. Au fur et à mesure que l'entrevue se déroulait, les participantes devenaient plus volubiles faisant des retours en arrière pour préciser des réponses.

Tout au long de l'analyse des données, la tenue du journal de bord a été maintenue. Elle avait pour objectif de consigner toute réflexion relative au traitement des données. Les notes ont d'abord porté sur la codification et ont aidé à déterminer et à ajuster les catégories satellites en fonction des divers modèles d'éducation à la santé retenus dans le cadre conceptuel.

« En codifiant le 25, j'ai réalisé que le niveau d'éducation doit être placé dans le thème « obstacles ». Ma codification ne semble pas constante. »

3.3 Rigueur méthodologique de la recherche

Comme le souligne Gohier (2004), dans la recherche qualitative, les chercheurs parlent de rigueur méthodologique plutôt que de critères de scientificité. La recherche quantitative privilégie l'objectivité pour la fidélité des résultats tandis que la recherche qualitative renvoie à la subjectivité du chercheur dans le processus de recherche puisque son propre vécu et ses valeurs influencent la façon dont il conçoit le problème et l'interprétation qu'il en fera; ses présupposés et sa position épistémologique. Plusieurs critères de rigueur méthodologique de la recherche qualitative sont proposés dans les écrits, nous en avons retenu quatre. Ces critères sont la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la constance interne (Guba, 1981, Lapierre, 1997, Mucchielli, 1996 et Pourtoit et Desmet, 1988 cités par Gohier, 2004).

La crédibilité fait référence au degré d'adhésion des participantes par rapport aux résultats. Elle se traduit par l'utilisation de technique de triangulation des sources et des méthodes (Merriam, 2002) et un souci de la validité de la signification de

l'observation et des interprétations que le chercheur en a donné (Gohier, 2004 : 4). La triangulation consiste à utiliser de multiples sources de collecte de données, des moyens variés de collecte de données, de multiples chercheurs, des théories diverses pour comparer les données ou la vérification auprès des participantes de l'interprétation des données. Dans cette étude, la crédibilité de la recherche a été assurée par la triangulation du chercheur qui s'est limitée à un échantillon du corpus (Mukamurera et coll., 2006) soit le recodage de trois entrevues tirées au hasard par un chercheur indépendant. Les trois entrevues qui ont été sélectionnées sont les entrevues des participantes 4, 5 et 6. Ce processus qui assure la crédibilité de la recherche est similaire à la fidélité interjuge en recherche quantitative. Le taux de fidélité interjuge obtenu est de 95%³² pour les catégories satellites. Les différences dans la codification ont été vérifiées auprès de l'autre chercheur qui avait ajouté des catégories satellites dans les cognitions descriptives et enlevé une catégorie dans les cognitions évaluatives. Au niveau des cognitions prescriptives, l'accord était total. Ce taux de fidélité interjuge élevé suggère une crédibilité aux données issues de la présente étude sont crédibles. La posture adoptée nous permettait d'utiliser cette méthode de triangulation.

La transférabilité d'une recherche, associée à la validité externe, est la capacité d'utiliser les résultats et la méthode pour d'autres contextes en d'autres mots, « la capacité de faire du sens ailleurs » (Mukamurera et coll., 2006 : 20). Celle-ci repose sur l'échantillonnage intentionnel et une riche description du contexte et des participantes (Gohier, 2004).

La fiabilité réfère ici à l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur. Le chercheur doit être transparent et exposer ses présupposés

³² Kappa : Nombre d'accords / nombre d'accords + nombre de désaccords

épistémologique et idéologique ce qui se reflète dans la cohérence et le suivi logique de la recherche. La position épistémologique va déterminer comment le chercheur abordera les participantes et la manière dont il traitera les données. Cette clarification de la position du chercheur facilitera la compréhension du processus de recherche. Le journal de bord a soutenu le chercheur dans cette démarche.

La consistance interne se définit comme l'interdépendance des observations ou des interprétations par rapport à des variations accidentelles. C'est le degré de confiance du chercheur en ce qui concerne les données. Pour augmenter la consistance interne de la recherche, l'utilisation de diverses stratégies a été mise en place. Il s'agit de l'utilisation d'un protocole d'entrevue pour les entrevues, d'un échantillonnage théorique, d'une approche précise, constante et exhaustive d'analyse des données, d'enregistrements audio ainsi que de la tenue d'un journal de bord. La tenue d'un journal de bord permet ainsi d'accroître la crédibilité (Lincoln et Guba, 1985; Savoie-Zajc, 2000) et de juger de la transférabilité (Lincoln et Guba, 1985), d'assurer la fiabilité (Savoie-Zajc, 2000).

L'usage de citations des participants dans cette étude sera utilisé afin de démontrer la véracité des données et d'illustrer comment une catégorie générale s'individualise (Weiss, 1994 cité par Sandelowski, 1994). Elles servent à soutenir l'analyse.

3.4 Considérations éthiques de l'étude

Précisons que ce projet de recherche a été soumis et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université du Québec en Outaouais. Il respecte les normes éthiques de la recherche s'effectuant auprès de sujets humains dont les éléments de consentement à la recherche, de confidentialité et de risques encourus suite à la participation.

3.4.1 Consentement à la recherche

Selon les normes éthiques, avant l'entrevue, un consentement éclairé écrit a été obtenu auprès des participantes. Il contenait les informations suivantes : les objectifs et la méthodologie de recherche, les attentes en regard de leur participation, les retombées anticipées de cette recherche, les moyens pris pour la conservation des données, l'assurance de la confidentialité de leurs réponses et de leur droit de se retirer en tout temps du processus de recherche sans préjudice. De plus, les sujets ont été informés des risques associés à leur participation. Le formulaire de consentement préalablement signé par la chercheuse a été envoyé par la poste (voir l'appendice D). Toutes les personnes désireuses de participer ont retourné une copie signée et conservé l'autre copie pour leur dossier. Lors de l'entrevue, la chercheuse a confirmé la date de réception du formulaire de consentement.

3.4.2 Confidentialité

L'ensemble des données n'est accessible qu'à la chercheuse et à son comité de recherche (directrice, codirecteur de thèse et présidente de jury de thèse). Les cassettes audio et leur transcription seront entièrement détruites cinq ans après l'acceptation de la thèse. Le matériel est gardé sous clé dans un endroit sécuritaire à la discrétion de la chercheuse. Les données recueillies ont été codifiées par un chiffre reflétant le temps d'arrivée dans le processus de recherche et le type de travail du participante (santé communautaire, soins aigus ou de longue durée, réadaptation). Aucun nom n'apparaît sur les questionnaires et les transcriptions des entrevues; là où les noms sont prononcés sur les bandes sonores, ils ont été retranscrits selon un code connu de la chercheuse seulement qui sera utilisé pour la codification, l'analyse des données, les communications et les publications scientifiques ultérieures. Aucune information ne permettra d'identifier la participante.

3.4.3 Risques encourus

Mis à part le temps consacré à l'entrevue et peut-être les hésitations à répondre à certaines questions, le risque lié à la participation à cette étude est faible ou minimal. Les contenus abordés lors de l'entrevue ne visent aucunement à évaluer la qualité des services en matière d'éducation à la santé.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Afin de répondre à la question de recherche qui vise à cerner les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé, les réponses aux questions spécifiques qui en découlent seront analysées. Ces questions sont:

- Quel est le référentiel commun des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé?
 - Quelles sont les cognitions descriptives soit les informations et les connaissances des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé?
 - Quelles sont les cognitions prescriptives soit les actions actuelles et potentielles des ergothérapeutes en éducation à la santé dans le cadre de leur rôle professionnel particulier?
 - Quelles sont les cognitions évaluatives soit les visions et les opinions des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé?
- Quelles sont les prises de position individuelle par rapport au référentiel commun?

Dans la posture « illustrative » adoptée dans la présente étude, deux types d'analyse ont été effectués. Pour le référentiel commun, une analyse horizontale ou inter participante a été appliquée. Toutes les réponses des participantes à une question du protocole ont constitué le matériel analysé pour faire émerger des catégories. Une

catégorie se définit comme une unité d'information pouvant contenir des événements, des faits, des exemples caractéristiques, des illustrations (Strauss et Corbin, 1990). La création de catégories principales et satellites s'est effectuée en regroupant les concepts similaires par un processus de comparaison à l'intérieur même du discours des acteurs et en calculant les fréquences pour certaines catégories (Huberman et Miles, 1991). Par exemple, sous « définition de la santé », ont ressorti deux catégories principales : « définition médicale de la santé » et « définition non médicale de la santé ». Sous la catégorie « définition non médicale de la santé », les trois catégories satellites suivantes ont émergé : « capacité de fonctionner », « bien-être » et « influencer l'environnement ». Le référentiel commun des représentations socioprofessionnelles permet d'illustrer les types de cognitions. Il constitue le premier niveau d'analyse descriptive des représentations socioprofessionnelles (Blin, 1997b :92).

Au deuxième niveau d'analyse, les prises de position individuelle cherchent à faire ressortir des regroupements chez les professionnels et à établir un lien entre les cognitions et le contexte de travail. Cette deuxième forme d'analyse oblige la chercheuse à se distancier des données et en dégager une nouvelle compréhension. Il exige un degré d'abstraction plus élevé (Dufort, St-Laurent, Guilbert et Boucher, 2006). La similitude entre les participantes a permis de faire les regroupements. Ces regroupements ont été examinés sous différents angles dont le côté pratique des interventions. Cette conceptualisation a amené la création d'un axe pratique-théorique. Par la suite, une analyse intra participante en relation avec les données socioprofessionnelles permet de comprendre le lien entre les différentes cognitions et le contexte de travail. En effet, selon la définition de la santé, certaines actions professionnelles sont jugées valables et sont en lien avec les caractéristiques du milieu de travail. Comme le mentionne Blin (1997b :92) :

« Ces positions s'expriment sous la forme de descriptions, de prescriptions ou d'évaluations et il est possible de les synthétiser par une phrase- type, un mot-clé qui définit la façon dont les individus décrivent, évaluent et traitent cognitivement leurs activités. »

Les résultats seront présentés respectivement en deux parties; le référentiel commun et les prises de position individuelle.

4.1 Référentiel commun des représentations socioprofessionnelles

Le référentiel commun est constitué de trois parties : les cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives. À la fin de chaque section portant sur un type de cognitions, une synthèse du référentiel commun sera présentée.

4.1.1 Cognitions descriptives

Les cognitions descriptives sont les informations et les connaissances des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé. Les questions du protocole d'entrevue qui ont permis de recueillir les cognitions descriptives abordent six aspects : la fonction d'éducateur, les modèles éducatifs utilisés pour intervenir, les concepts clés utiles en éducation à la santé, les connaissances des termes prévention primaire, secondaire, tertiaire et promotion de la santé ainsi que la définition de la santé.

La formation reçue à l'égard de l'éducation à la santé a été recueillie à l'aide du questionnaire de données socioprofessionnelles. Le tableau placé en appendice E présente les catégories des cognitions descriptives pour chaque participante.

4.1.1.1 Formation en éducation à la santé

Le questionnaire de données socioprofessionnelles demandait aux participantes de faire la liste des formations suivies en éducation à la santé. Le tableau 9 présente les trois catégories identifiées.

Formation en éducation à la santé	Nombre de participantes n=24	%
Aucune	17	71
Connexe	5	21
Oui	2	8

Tableau 9 : Formation en éducation à la santé des participantes.

La majorité des ergothérapeutes mentionnent n'avoir reçu aucune formation en éducation à la santé lors de leur formation initiale ou en formation continue. Les formations continues connexes à l'éducation à la santé sont très diversifiées : andragogie³³, gestion, santé mentale, naturopathie et formation clinique.

Deux participantes (8 %) précisent avoir suivi des formations en éducation à la santé. L'une d'elles spécifie une formation donnée par La Société d'arthrite « Prendre sa santé en main ». Cette participante a demandé des précisions lors de l'entrevue sur la terminologie d'éducation à la santé. L'autre participante mentionne comme formation en éducation à la santé, « l'enseignement des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires » (PDSB) qui relève de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail, secteur des affaires sociales.

³³ Le concept de l'andragogie a été introduit par Malcolm Knowles en 1968. L'objet est l'éducation des adultes à l'extérieur de l'établissement formel d'enseignement. Il définit ce concept comme l'art et la science d'aider les adultes à apprendre. Il a développé une approche qui s'appuie sur les postulats de l'approche humanisme, dont le désir inné d'apprendre et un sens d'auto direction.

«Le programme de formation en cours d'emploi *Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires* (PDSB) a été créé en 1984 pour la prévention des maux de dos chez les travailleurs des centres d'hébergement pour personnes âgées et ceux des hôpitaux. Rapidement, le secteur de l'éducation a ressenti le besoin d'incorporer le contenu de ce cours dans ses programmes de formation professionnelle pour les métiers de la santé. » (Association paritaire pour la santé et sécurité du travail du secteur des affaires sociales du gouvernement du Québec, 2006 :<http://www.eprp-france.com/quebec/actes/tr21.htm>).

Ce programme est mentionné plus fréquemment par les participantes lors de l'entrevue après que celles-ci aient défini la santé dans une optique non biomédicale et comme un concept global.

4.1.1.2 Fonction d'éducateur des ergothérapeutes

Tous les participantes ont indiqué avoir une fonction d'éducateur à la santé. À la lecture du tableau 10, la fonction d'éducateur se traduit comme étant principalement un rôle direct adopté par l'ergothérapeute.

« Oui, c'est sûr que l'éducation fait partie de mes interventions » P13MP³⁴

Catégorie	Nombre de participantes n=24	%
Rôle direct	22	92
Rôle indirect	2	8

Tableau 10 : Catégories relatives à la fonction d'éducateur des ergothérapeutes.

Que le rôle soit direct ou indirect, il touche le client et les personnes significatives de l'entourage ainsi que tout intervenant mandaté pour intervenir avec le client (92%).

³⁴ Afin de respecter la confidentialité, chaque extrait de verbatim sera identifié par le numéro de la participante.

« Il arrive parfois que la famille vient ici et qu'on leur donne de l'éducation par rapport à comment faire marcher le client, comment faire le transfert avec le client, c'est quoi les besoins du client à domicile. » P07MP

« Ça arrive aussi que c'est des gens qui sont les aidants naturels. » P10MP

Selon le milieu de travail, les intervenants impliqués dans les soins ou mandatés pour interagir avec le client sont définis de manière différente. Il peut s'agir du personnel de soins infirmiers pour les ergothérapeutes œuvrant en soins hospitaliers; des éducateurs en garderie scolaire ou encore des professeurs pour celles ayant une clientèle pédiatrique.

« L'éducation va aussi se faire dans les milieux de garde, dans les services de garde où nos enfants sont intégrés. Et là, l'éducation va se faire auprès des éducateurs de la garderie. L'éducation va se faire aussi auprès des professeurs, des éducateurs, des accompagnateurs de nos enfants dans le milieu scolaire. » P19M

« Oui, on en fait au niveau du personnel infirmier. Il y a des affiches sur le positionnement avec l'enfant prématuré qu'on fait d'emblée avec l'enfant de trente-deux semaines et moins. » P15MP

Parfois, ce sera l'enseignement auprès des autres professionnels qui primera en raison de la lourdeur de la clientèle (atteintes sévères et multiples) ainsi que du ratio ergothérapeutes/client. Lorsque peu d'ergothérapeutes sont présentes dans un milieu pour couvrir un nombre important de clients, le temps disponible pour un traitement direct est limité. L'éducation au personnel est alors donnée afin que ces derniers agissent comme des agents multiplicateurs et prodiguent les soins nécessaires de façon adéquate et sécuritaire.

« L'éducation qu'on peut faire auprès des résidents, c'est comme un peu limité par rapport à ces gens-là qui ont des déficits cognitifs ou multiples importants et sévères. » P05MP

Il est précisé que la fonction d'éducateur des ergothérapeutes s'intègre généralement dans le plan de traitement qui est réalisé à l'intérieur d'un travail d'équipe.

« De façon générale, y faut dire qu'on est une équipe qui travaille beaucoup, beaucoup ensemble. On se connaît bien. On connaît bien nos champs de pratique et puis on est très complémentaire. On travaille beaucoup le volet réadaptation (...) en interdisciplinarité. » P24MP

Parmi les précisions apportées, des participantes soulignent que la fonction d'éducateur à la santé s'ancre dans un contexte de prévention.

« On fait beaucoup (...) d'éducation à la prévention. Dans mes interventions avec mes clients et la famille, tout ce qui touche l'éducation, entre autres, à la conservation d'énergie. (...) Les personnes âgées qui deviennent de plus en plus faibles, vulnérables, ont de la difficulté à faire ce qui est important pour eux autres, parce qu'y se sentent poussées, stressées à faire des miracles, à tout faire dans le quotidien. Je mets beaucoup l'emphasis sur l'éducation à comment cibler qu'est-ce qui est significatif pour eux autres. Qu'est-ce qui les rend heureux? Qu'est-ce qui leur donne une raison, malgré leur handicap, de se lever le matin? » P01 MP

« Dans ce temps-là, j'ai plus l'impression de faire de l'enseignement, de l'éducation, parce que ce n'est pas du curatif. » P02M

L'enseignement cherche à prévenir la rechute ou l'apparition d'un problème secondaire lié à la condition première du client.

« Quand on fait d'autres formes de psychoéducation aussi, par exemple au niveau de l'équilibre des activités. Ce qu'on a souvent à leur montrer, c'est que tous les jours, faudrait qu'y prennent un petit peu de temps pour eux, pour faire quelque chose qui leur fait plaisir. Ça fait partie de la prévention des rechutes. » P18SM

La prévention qui s'adresse aux aidants naturels et au personnel soignant cherche à éliminer tout problème physique ou mental lié à la prise en charge du client. D'une part, l'application par les aidants d'une approche adaptée au niveau de

fonctionnement de la personne leur permet d'éviter des problèmes et d'autre part, elle assure le maintien des capacités du patient.

« T'as de l'éducation à faire (...) sur comment utiliser les équipements ou comment faciliter la réalisation des soins. (...) sur l'approche à la personne. J'interviens beaucoup sur le type d'approche avec une clientèle à une aile prothétique, avec des gens qui font de l'Alzheimer, beaucoup les problématiques de déficits cognitifs, comportements comme assez agressifs perturbateurs (...) Quand on comprend un peu comment évoluent les pertes, comment ça se passe, on peut peut-être mieux intervenir avec la personne. »
P04MP

« Mieux mes intervenants sont informés, mieux ils connaissent dans le fond que ce soit les principes à la base des décisions qu'ils prennent en matière de prévention à la contention, de prévention au niveau des ulcères de pression, de prévention de chutes ou d'agir correctement pour prévenir les crises au niveau du comportement. Mieux ils sont performants dans leur travail, plus ils sont satisfaits. Moi, je me dis : c'est un de nos gros rôles. » P05MP

L'enseignement touche aux méthodes et aux stratégies d'intervention qui doivent être adaptées et applicables au contexte de soins du client, des aidants professionnels ou naturels et à l'environnement dans lequel il prend place.

« Quand il y a utilisation d'une nouvelle aide technique, comme un levier ou un lève-personne ou n'importe quelle autre aide technique, on va aller enseigner comment l'utiliser pour que ce soit toujours sécuritaire pour la personne. »
P06DI

Il a aussi pour objectif de démontrer et de faire comprendre le traitement ergothérapique dans le but ultime que celui-ci soit appliqué et poursuivi à l'extérieur de l'intervention proprement dite.

« On fait de l'éducation (...) par rapport à la gestion de l'énergie, par rapport aux mécanismes de défense aussi en lien avec les accidents de travail. » P13MP

Finalement, l'éducation à la santé en ergothérapie cherche à faire comprendre le diagnostic et la problématique du client de même que son impact sur le fonctionnement au quotidien. S'il s'agit d'un enfant d'âge scolaire, l'impact sur le quotidien ciblera plus particulièrement les activités à l'école. Pour un adulte, l'impact quotidien portera sur le travail ou les activités fonctionnelles comme s'habiller, faire ses repas et se déplacer. L'éducation a comme objet le traitement ergothérapique.

« Expliquer c'est quoi le diagnostic parce que, des fois, les écoles n'ont jamais entendu parler d'un tel diagnostic. Expliquer aussi la problématique de l'enfant et donner des solutions, là. Ça peut être comme l'adaptation du mobilier scolaire, ça peut être de favoriser certains exercices pour améliorer la dextérité. C'est plus dans ce sens-là. » P19M

Pour deux participantes, le rôle d'éducateur à la santé cible les stagiaires en ergothérapie. Peut-être ont-ils confondu éducation et éducation à la santé en répondant à la question?

« Au niveau de l'éducation, tout ce qui est de la supervision d'étudiants. » P01MP

« C'est sûr que je fais de l'éducation quand j'ai des stagiaires. » P02M

Ces deux extraits montrent une ambiguïté par rapport à la terminologie « éducation à la santé ». De façon générale, les participantes étaient à l'aise de parler du rôle d'éducateur mais devenaient perplexes quand il s'agissait de parler d'éducation à la santé.

4.1.1.3 Modèles d'éducation à la santé en ergothérapie

Les cognitions descriptives relatives aux modèles d'éducation à la santé se répartissent selon deux catégories principales : celles qui ont un modèle dit

expérientiel ou intuitif et celles qui utilisent les modèles de pratique ergothérapeutiques. Une troisième catégorie réfère aux ergothérapeutes qui adoptent le modèle éducatif préconisé par l'équipe de soins. Le tableau 11 indique le nombre de participantes par catégories.

Catégorie relative aux modèles	Nombre de participantes n=24	%
Modèle dit expérientiel appris par la pratique ou intuitif	13	55
Modèle ergothérapeutique de pratique	9	37
Modèle d'intervention adopté par l'équipe de soins	2	8

Tableau 11 : Catégories relatives aux modèles d'éducation à la santé utilisés par les ergothérapeutes.

Voici quelques extraits de participantes qui affirment utiliser un modèle expérientiel, ou intuitif.

« Je n'ai pas de modèle. Ce que je fais souvent, je démontre puis j'amène les gens à pratiquer. Souvent j'ai des adaptations de base. Ici, j'ai une salle organisée avec un lit, un bain, un sofa bas, un tapis à terre pour pas qu'ils s'enfargent dedans. » P08M

« Je dirais qu'on n'a pas de modèle en particulier (...) Je regarde par rapport aux capacités des gens, par rapport à ce que les gens sont prêts à écouter aussi. J'imagine (...) que je le fais de façon naturelle. (...) Il n'y a pas de protocole ou de méthode plus formelle. » P09MP

Plusieurs participantes s'interrogent sur le rôle spécifique de l'ergothérapeute quant à l'explication du diagnostic. Il leur est difficile de situer cette action dans les modèles actuels de pratique et de savoir comment inscrire cette intervention dans leurs services rendus. Ces interventions n'étaient parfois pas documentées bien qu'elles étaient perçues comme essentielles à la participation active du client à son traitement. Par contre, d'autres participantes conçoivent la « vulgarisation de la problématique »

plus globale que le diagnostic et comme faisant partie intégrante de leur fonction. Celle-ci inclue les difficultés, les pertes et les limites. L'enseignement vise à habiliter les personnes afin qu'elles puissent participer pleinement à leur traitement et être autonomes dans leur environnement.

« À un moment donné, je me rendais compte qu'y pouvaient pas avancer parce qu'y étaient trop inquiets sur ce qui s'était passé sur eux autres mêmes (...) J'ai commencé à leur expliquer : le cerveau c'est une boîte électrique, pis y a des breakers, pis y a des fils. Pis ce n'est pas vos yeux, c'est des breakers. (...) Puis à partir de là, on était capable de fonctionner. » P17MP

Un groupe d'ergothérapeutes puisent dans les modèles de pratique en ergothérapie pour bâtir leurs interventions en éducation à la santé.

« Quand je fais de l'éducation à la santé, (...) mon modèle de travail, c'est le MCRO (modèle canadien du rendement occupationnel)³⁵. » P01 MP

Parmi ces participantes, une se distingue par le fait qu'elle s'appuie à la fois sur un modèle ergothérapique et sur les principes andragogiques appris lors de sa formation de deuxième cycle.

« Partir de la personne. (...) Je trouve ça important. (...) En andragogie, c'est quelque chose qu'on apprend (...) de partir des expériences de la personne. Puis ça inclut la composante affective, émotionnelle. Vous vous sentez comment par rapport à ça? Vous sentez-vous à l'aise? » P04MP

Un élément qui transcende les différents modèles d'éducation à la santé concerne la perception des participantes d'être des vulgarisateurs d'information. Les besoins du client, sa capacité d'écoute et son niveau de langage sont des facteurs qui sont considérés dans la façon de transmettre l'information.

³⁵ Modèle ergothérapique qui guide la pratique (ACE, 1997).

« Il faut changer de langage. (...). On ne peut pas dire les choses n'importe comment. Y faut tenir compte de ce qu'y sont capables de comprendre, de ce qu'y sont capables d'accepter aussi parce que même si quelque chose peut être vulgarisable, est-ce que la famille est prête à l'entendre? » P05MP

Le contenu transmis peut être théorique, pratique ou une combinaison des deux. Les démonstrations, les mises en situation et l'apprentissage par essais et erreurs sont des modalités fréquemment utilisées. L'enseignement doit être significatif et utile pour améliorer ou maintenir le niveau de fonctionnement dans le quotidien. Il touche le savoir-faire comme l'utilisation d'équipement adapté.

« Je les mets souvent en action. (...) On va leur faire faire une activité spécifique, puis ensuite, dans certains cas, on va enseigner les principes en s'asseyant avec la personne, en discutant des différentes choses à regarder, puis à essayer de les mettre en pratique. Des fois, je commence avec ça. Je les laisse expérimenter seuls à la maison, puis je fais un suivi avec eux. Je les mets en activité comme leur faire faire une tâche de préparation de repas ou un transfert ou l'habillage le matin ou l'hygiène. Je vois s'ils mettent en pratique toutes les techniques qu'on leur a enseignées. » P06DI

Il existe peu de matériel éducatif ergothérapique. Les participantes mentionnent avoir recours à du matériel de fabrication maison pour répondre aux besoins de leur clientèle.

« J'ai décidé de faire un pamphlet informatif qui décrit c'est quoi en gros, par exemple, l'Alzheimer, c'est quoi les causes, c'est quoi les conséquences dans le quotidien de la personne. Je donne des trucs pour les aidants naturels sur comment aider ces gens-là à fonctionner. » P01 MP

« Les pancartes, qu'une autre ergo qui était là avant moi a créées. Ce n'est pas moi en tant que tel. (...) Y ont pris des photos, puis y ont fait laminer ça. C'est laminé. (...) C'est vraiment beau. C'est vraiment bien. » P15MP

Œuvrant au sein d'une équipe en réadaptation de retour au travail où un modèle de prestation de soins est adopté comme ligne directrice pour le traitement, deux

ergothérapeutes utilisent le modèle de l'équipe comme modèle éducatif pour cadrer leur rôle d'éducateur. Pour ces deux participantes, le matériel éducatif est du « matériel standardisé » fourni par le programme. Leur travail d'ergothérapeute se fonde dans le travail des autres. La spécificité ergothérapique est réduite.

« C'est un modèle personne-environnement. C'est le modèle Prévention des situations de handICAP au travail (PRÉVICAP)³⁶ (...) qui est issu de l'étude du modèle de Sherbrooke. Oui, c'est sûr que l'éducation fait partie de mes interventions. On fait de l'éducation au point de vue anatomophysiologique, au point de vue de la récupération des physiopathologies, au niveau des pronostics de récupération, (...) par rapport aux techniques de travail (...) aux mécanismes de défense aussi en lien avec les accidents de travail. » P13MP

4.1.1.4 Concepts clés ergothérapiques en éducation à la santé

Le tableau 12 présente les concepts clés ergothérapiques en éducation à la santé. Quelques participantes ont spontanément illustré des concepts par un exemple concret.

Concept clé ergothérapique	Extrait
Activités significatives et quotidiennes	« L'aspect des activités de la vie quotidienne : « Es-tu capable de s'habiller, de manger, de faire ses activités? Y as-tu des jeux? » P16MP
Participation	« C'est faire participer le jeune à la vie de famille, même si (...) ça peut y prendre cinq fois plus de temps que si maman le fait. » P22M
Autonomie	« On fait effectivement beaucoup d'enseignement sur le fait qu'on

³⁶ Le cadre conceptuel du modèle Production du processus du handicap (PPH) s'appuie sur le postulat affirmant que les habitudes de vie sont créées par l'interaction entre des facteurs environnementaux et personnels. On entend par facteurs personnels, les aptitudes et l'intégrité des systèmes organiques. Lorsque l'interaction est défavorable, elle produit une situation d'handicap (Durand et Loisel, 2001). À l'inverse, lorsque l'interaction est positive, elle stimule et facilite la participation sociale. Ce modèle opérationnel non strictement ergothérapique, conçu à l'Université de Sherbrooke, est appelé le modèle de PRÉvention des situations de handICAP au travail (PRÉVICAP). Selon les auteurs, ce modèle s'inspire des approches systémique et humaniste. Pour faciliter le retour au travail et la participation sociale, l'intervenant agit sur les facteurs environnementaux et personnels.

	« vise une reprise de l'autonomie. » P24MP
Environnement ³⁷	« Il y a la personne dans son environnement (...) humain et non humain. C'est le cadre de référence sur lequel je m'appuie quand je fais de l'enseignement. » P02M
Équilibre occupationnel	« Au niveau de l'ergo, (...) y a des concepts fondamentaux qui font en sorte que ça aide au niveau de la promotion de la santé (...) L'équilibre qu'on préconise au niveau de la vie quotidienne. C'est un facteur important, dans le sens que la personne retrouve un équilibre à faire des activités qui sont à la fois physiques, à s'occuper aussi de son côté social (...) et surtout à y trouver de la satisfaction à le faire avec indépendance. » P05MP
Fonctionnement	« Ça fait partie de ma pratique pis que ça fait partie de mon identité d'ergothérapeute, parce que j'ai toujours (...) une perspective de fonctionnement. Est-ce que la personne est capable ou non de faire ses choses? » P18SM
Capacités résiduelles	« Des concepts ergos (...), c'est de travailler avec les capacités résiduelles. Expliquer les capacités résiduelles des gens » P20MP
Sécurité	« Par rapport à la sécurité. Par exemple, il y a un risque de chute parce qu'il utilise des carpettes au sol. (...) On va juste mettre une carpeette antidérapante et on va diminuer le risque de chute. » P02M
Objectifs du client	« C'est important d'aller voir les objectifs du client (...) et de réussir avec le client d'atteindre ses objectifs. En atteignant ses objectifs, (...) je vais peut-être aussi obtenir les objectifs que moi aussi je m'étais fixés. » P07MP
Concept clé non ergothérapique	Extrait
Autorégulation	« Il y a l'autorégulation (...) Comment être capable soi-même d'aller moduler les tâches et les efforts qu'on va fournir pour réaliser avec succès une activité. C'est un concept qui est utile en ergo, mais qui n'est pas ergo comme tel. » P13MP
Sentiment d'efficacité	« Ça serait plus ces concepts (...) de se trouver des activités que ce soit du loisir ou du travail pour avoir une satisfaction pis un sentiment d'efficacité personnelle. » P03M

Tableau 12 : Concepts clés pour l'éducation à la santé en ergothérapie.

³⁷ Environnement comprend personne-environnement et personne-activité-environnement

Que le modèle éducatif adopté soit expérientiel ou ergothérapique, les participantes mentionnent utiliser pour leur intervention éducative les concepts compris dans les divers modèles de pratique en ergothérapie. En effet, les concepts clés les plus fréquents sont les activités significatives et quotidiennes, la participation, l'autonomie, l'environnement, l'équilibre occupationnel, le fonctionnement, les capacités résiduelles, l'occupation et la sécurité. Toutefois, les concepts de rendement occupationnel et d'habitudes de vie présents dans les modèles ergothérapiques n'ont pas été cités. D'autres concepts clés comme les objectifs du client, le sens à la vie, la compétence et la satisfaction sont mentionnés par une participante. Deux concepts non ergothérapiques, jugés comme potentiellement bonifiant pour la pratique de l'ergothérapie, ont été émis par les participantes qui adoptent le modèle de l'équipe, il s'agit de l'autorégulation et du sentiment d'efficacité personnelle.

4.1.1.5 Définition de la santé

Les cognitions descriptives des ergothérapeutes sur la notion de santé s'inscrivent en grande majorité dans un modèle non biomédical (n=22/24, 92%). Le tableau 13 présente les catégories émises pour chacune des participantes.

	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	22	23	24
m																						
é																						
c																						
b																						
e																						

m : multifactoriel (n=24)

c : capacité de fonctionner (n=4)

é : équilibre (n=24)

b : bien-être (n=10)

e : influencer environnement (n=3)

Tableau 13: Catégories relatives à la définition de la santé dans un modèle non biomédical.

Pour ces participantes, la santé est un état qui va au-delà de l'absence de maladie, de déficience, de handicap et d'imperfection.

« C'est pas juste l'absence de maladie. » P12MP

« On peut avoir une maladie chronique, mais tu peux être en santé, si t'es capable de faire ce que tu a besoin de faire, pis si t'es heureux (...) Ça peut être vivre avec un handicap, mais vivre. » P21MP

Elle comporte un aspect multifactoriel. C'est un concept global qui intègre des éléments physiques, psychologiques, émotifs, sociaux, relationnels, spirituels et culturels.

« C'est le bien-être physique (...) tant physique que psychologique, mental dans toutes les sphères de la vie. » P06DI

« C'est un bien-être psychologique et physique. » P07MP

« Y a plein de santé. Y a la santé physique, t'as la santé émotionnelle, t'as la santé relationnelle, t'as la santé financière... » P04MP

L'équilibre entre ces diverses composantes est un élément essentiel de la définition de la santé selon un modèle non biomédical.

« La santé, c'est l'équilibre entre le biologique, le psychologique, le social loisir et le spirituel. Ces facteurs sont fluctuants, non statiques, et le défi est de garder le tout en équilibre. » P14SM

« Ma définition de la santé, ça toujours été d'avoir un équilibre dans sa vie, que ce soit autant au niveau physique, que psychologique, que relationnel. » P17MP

Dans cette conception non biomédicale de la santé, les participantes placent un accent sur l'un ou plusieurs des aspects suivants : la capacité de fonctionner, le sentiment de satisfaction et de bien-être, le sentiment de contrôle et la capacité d'influencer son environnement.

« Il ne faut pas définir la santé comme étant juste l'absence de maladie. (...) C'est d'avoir, un bien-être psychologique et physique. » P08M

« C'est d'être bien dans toutes les sphères de la vie. » P10MP

Pour certaines ergothérapeutes, la santé a le sens d'autonomie, d'être autonome dans son environnement et également de l'influencer.

« Pour moi, c'est être capable, malgré la maladie, malgré le handicap, de fonctionner dans son quotidien, dans l'environnement dans lequel je suis. » P01MP

« D'avoir la capacité de faire ce que tu veux faire. » P15MP

« La santé, c'est pouvoir avoir un contrôle aussi sur ses choix. Avoir un contrôle sur ses activités, sur ses choix. Donc ça revient toujours un petit peu, être en santé moi, c'est de pouvoir, d'être capable de faire ce qu'on veut. » P11MP

« C'est quoi la santé? C'est quand tu as un sentiment de contrôle sur ce qui se passe. » P04MP

Plus précisément, la santé se traduit par une fluidité entre les rôles, une capacité de franchir les obstacles de la vie de façon efficace.

« Comment on réussit à aborder les différents obstacles qu'on rencontre, pis à y répondre efficacement. De réagir de façon appropriée pour pas que ça devienne des obstacles. C'est parce que, pour moi, quand t'es malade, c'est parce qu'il y a un obstacle que t'es pas capable de gérer. » P13MP

« La santé, c'est d'être capable d'avoir un mouvement dans les différentes sphères de ta vie, que ce soit un mouvement physique ou un mouvement d'aller vers l'autre. » P23SM

Seules, deux participantes définissent la santé dans un modèle médical.

« Pour moi, la santé c'est avoir un corps en santé, être exempt de maladie. Alors si mon intervention n'a pas d'action pour prévenir une maladie ou un comportement qui donne une maladie, j'associe moins ça à santé. J'interviens comme ergo pour que les gens soient fonctionnels dans leur milieu, en sécurité et confortable. Comme j'associe santé à absence de maladie, mon intervention n'agit pas sur les maladies. C'est certain qu'en y réfléchissant, ça ne se tient pas mon raisonnement. » P02M

« En fait, la santé comme telle, ça a rapport à maladie, malade. Je ne vois pas des enfants malades, je vois des enfants en santé. Puis quand ils sont malades, ils ne viennent pas à mes traitements. (...) Je les vois quand ils sont en santé (...) mais ils ont un problème de fonctionnement. » P16MP

L'extrait de la première participante nous laisse croire, qu'après avoir explicité sa conception de la santé, elle s'est interrogée sur la congruence de sa définition avec la vision de sa pratique.

4.1.1.6 Prévention et promotion de la santé

Les deux catégories sont « définition non adéquate » (n=23) et « définition adéquate » (n=1). Pour les ergothérapeutes, les notions de prévention sont des notions déjà vues, mais oubliées ou plutôt vagues bien que celles-ci ont identifié des interventions préventives faites dans leur milieu de travail. Ces interventions seront présentées en détail dans les cognitions prescriptives.

« Malheureusement non. Peut-être que tu me l'expliques. Peut-être que je le fais ou on le fait pas. (...) Ce n'est pas appelé comme ça. » P21MP

« Ça me dit quelque chose, mais de pouvoir te dire ce qu'est l'un et l'autre, ça fait trop longtemps. » P11MP

Promotion et prévention de la santé sont des termes politiques, attribués au personnel de la santé publique ou à des Centres locaux de services communautaires (CLSC).

« Je le sais que les ergos sont moins familières avec ça. (...) C'est un langage qui est utilisé beaucoup au niveau politique puis de la santé publique. » P01 MP

« On dirait que c'était comme plus au niveau communautaire. C'est quoi le nom de ça? Pas santé publique? » P02M

La promotion de la santé est vue comme un moyen de préserver la santé. Les participantes citaient les axes d'intervention véhiculés dans les médias d'information comme les habitudes de vie saines, la conduite automobile, l'alimentation et la consommation de tabac. Leurs définitions n'étaient pas scientifiques. Elles relevaient de celles largement répandues socialement.

« C'est comme dire aux gens d'arrêter de fumer parce qu'y peuvent avoir le cancer. (...) Faire de l'activité physique pour ne pas développer de maladie cardiaque. » P03M

« Je vois ça avec les bonnes habitudes de base. La santé quand la personne n'a pas de problème à la base. Comme les bonnes habitudes, l'hygiène de santé, l'alimentation, l'exercice, bouger. » P23SM

Une seule participante connaissait bien la terminologie. Elle a bien défini le concept et perçoit des interventions de promotion de la santé dans son milieu auprès de la clientèle et de leur famille ainsi qu'auprès des autres travailleurs. Elle a donné des exemples tirés de son milieu pour les préventions tertiaire et secondaire disant que ses interventions de promotion sont passées d'un niveau tertiaire à secondaire. De plus, cette participante a rapporté les axes d'action gouvernementaux en matière de promotion de la santé pour les appliquer à son milieu. Elle a parlé de certains déterminants de la santé comme les habitudes de vie saines, l'environnement et les conditions de travail.

« On était beaucoup plus au niveau tertiaire, quand on a commencé. Ensuite, on a été plus dans le domaine secondaire et maintenant, on est rendu primaire. (...) Le pari qu'on avait fait avec notre infirmière clinicienne spécialiste, c'est que nos gens soient suffisamment informés pour qu'y sachent quels sont les facteurs qui risquent d'amener le développement d'un ulcère de pression. (...) Pas juste de faire quelque chose au moment où l'ulcère est déjà en place, mais d'être vraiment proactif d'en connaître les facteurs. (...) Maintenant, l'analyse commence à se faire beaucoup plus vite qu'avant, de façon à ce qu'il n'y en ait pas de développement d'ulcère de pression dans la mesure du possible. »
P05MP

4.1.1.7 Référentiel commun des cognitions descriptives

Le référentiel commun des cognitions descriptives des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé ressort à partir de la formation en éducation à la santé, de la fonction d'éducateur, de la définition de la santé, des concepts clés et des connaissances en promotion et prévention de la santé.

Celui-ci peut s'articuler à partir de la représentation socioprofessionnelle de la santé qui s'inscrit dans un modèle non biomédical. Pour les ergothérapeutes, la santé va au-delà de l'absence de maladie, de déficience, de handicap et d'imperfection. Elle comporte un aspect multifactoriel et dynamique.

La santé est un concept global qui se manifeste par un équilibre en mouvement constant entre des éléments physiques, psychologiques, émotifs, sociaux, relationnels, spirituels et culturels. La santé permet d'être autonome dans son environnement mais aussi d'agir sur ce dernier.

S'appuyant sur les éléments communs des descriptions cognitives, nous pouvons affirmer que l'éducation à la santé, même si cette terminologie ne fait pas partie du langage habituel des ergothérapeutes, est une fonction de l'ergothérapeute. Elle

permet au client de comprendre son diagnostic ou sa problématique et son impact sur son niveau de fonctionnement. L'enseignement, qu'il soit théorique ou pratique, vise à habilitier les personnes afin qu'elles puissent participer pleinement à leur traitement et leur fournit des stratégies pour accomplir les activités qui leur sont significatives.

Dans l'ensemble, les ergothérapeutes n'ont participé à aucun programme de formation continue en éducation de la santé et leurs connaissances des terminologies de préventions primaire, secondaire et tertiaire ainsi que de promotion de la santé sont inadéquates. Malgré ces constats, leur discours illustre que le rôle d'éducateur à la santé fait partie de l'intervention ergothérapique avec le client, sa famille ou les personnes significatives de l'entourage telles que l'enseignant, le personnel de garderie, le personnel de soins infirmiers. L'enseignement doit être pratique, utile et compréhensible pour le client. Les ergothérapeutes se perçoivent comme des vulgarisateurs d'information qui doivent s'adapter au langage du client et à sa capacité d'écoute. Elles déplorent toutefois le peu de matériel éducatif ergothérapique pour appuyer l'éducation à la santé.

Les particularités du rôle d'éducateur à la santé de l'ergothérapeute résident dans son opérationnalisation, c'est-à-dire dans les modèles de pratique utilisés pour cadrer l'intervention éducative ainsi que dans les nuances par rapport à la définition de la santé. Ces particularités seront reprises en détail à la fin de la présentation des résultats pour illustrer les différentes prises de position des ergothérapeutes par rapport au référentiel commun.

4.1.2 Cognitions prescriptives

Les cognitions prescriptives sont les actions actuelles et potentielles des ergothérapeutes en éducation à la santé dans le cadre de leur rôle professionnel

particulier. Ces cognitions ont émergé principalement grâce aux questions demandant les bons coups réalisés en éducation à la santé, les interventions actuelles de préventions primaire, secondaire et tertiaire ainsi que de promotion de la santé et finalement, les interventions qui seraient réalisées sans obstacles financiers. Lorsque les participantes décrivaient leur travail, elles ont parfois mentionné des interventions de prévention ou de promotion faites dans leur milieu. Ces réponses ont aussi été colligées afin de donner un portrait global des actions actuelles des ergothérapeutes. Le tableau placé en appendice F présente les catégories des cognitions prescriptives pour chaque participante.

4.1.2.1 Prévention et promotion de la santé dans la pratique ergothérapique

Les participantes avaient à préciser si elles intervenaient en préventions primaire, secondaire ou tertiaire ainsi qu'en promotion de la santé. Elles devaient illustrer ces interventions par des exemples. Les termes ont toutefois dû être définis au préalable et appuyés par des exemples. Les définitions qui ont été données aux participantes sont les suivantes :

La prévention tertiaire vise à diminuer le risque de complications, lorsque la maladie est déclarée. La prévention *secondaire* cherche à diminuer la durée des problèmes de santé et des incapacités auprès d'individus ou de groupes à risque; par exemple, le dépistage du cancer du sein. La prévention *primaire* a comme objectif de prévenir la maladie avant même l'apparition de symptômes; par exemple, le port de la ceinture en automobile, les campagnes antitabac.

Le tableau 14 montre la répartition des participantes selon les différentes catégories d'intervention.

Catégorie	Nombre de participantes n=24	%
Prévention tertiaire	22	92
Prévention secondaire	13	54
Promotion	8	33
Prévention primaire	0	0

Tableau 14 : Catégories relatives à la prévention et promotion de la santé.

A la lecture du tableau 13, on note que les ergothérapeutes interviennent principalement en préventions tertiaire et secondaire. Plus spécifiquement, les interventions en prévention tertiaire cherchent à éviter la chronicité chez les personnes atteintes de maladie persistante ou dégénérative.

« C'est plus tertiaire. Par le positionnement. » P10MP

« Ce que je fais, c'est de la prévention tertiaire, éviter que les gens se chronicisent. » P01 MP

« Un programme de prévention par rapport au Parkinson. Ce serait tertiaire. (...) On fait de la prévention par rapport à tout ce qu'ils peuvent faire et ne pas faire à domicile. » P07MP

« De la prévention de rechute. C'est d'identifier les facteurs qui ont amené l'arrêt de travail. » P18SM

Les activités de prévention secondaire sont dirigées vers des groupes à risque chez les patients, les aidants naturels et les autres intervenants. Elles ont pour but de prévenir l'épuisement et les problèmes de dos chez les aidants naturels et les autres intervenants. La prévention des chutes est une forme d'activité préventive fréquemment utilisée auprès des clients et des autres collègues. Quant aux collègues comme le personnel infirmier, la prévention de chutes peut se faire par l'aménagement d'un environnement de travail sécuritaire tel que les chariots de soins toujours placés du même côté du corridor jour et nuit. La prévention secondaire se

manifeste, entre autres, par la participation à des activités de prévention secondaire tels les programmes CAP (Contact Action Prévention) qui s'adressent aux personnes âgées. Ces programmes consistent à aller dans les municipalités plus éloignées afin de faire de la formation sur divers thèmes pertinents à cette clientèle tels que la médication et les problèmes cognitifs.

« Prévention des chutes à domicile qui est vraiment plus un programme de prévention. Donc des gens âgés de plus de 65 ans qui ont un certain profil. Ce ne sont pas des gens qui sont en perte d'autonomie, qui sont à risque d'avoir des chutes. » P02M

« De la prévention au niveau de plaies (...) prévention au niveau de chutes aussi. (...) La prévention aussi par rapport à l'épuisement de l'aidant ou de l'aidante. » P09MP

Sur le plan de la promotion, quelques rares interventions sont mentionnées. Elles concernent les saines habitudes de vie dans le cadre d'un travail d'équipe multidisciplinaire pour des ergothérapeutes œuvrant en déficience intellectuelle.

« On encourage nos gens (...) à avoir des habitudes saines. (...) Avec nos résidents, on fait la promotion de la valorisation de ce qu'ils sont encore capables de faire. (...) Quand y vont s'alimenter, on va les conseiller pour faire des bons choix. (...) le fait de promouvoir l'exercice ou l'activité physique de façon à retarder la détérioration de leur condition. » P05MP

« Parfois, lorsque je fais une cuisine avec un patient et que je m'aperçois qu'elle ne mange pas gros. Ce qu'elle me dit qu'elle mange, cela n'a pas l'air trop équilibré. (...) Je vais demander à la nutritionniste de la voir pour évaluer (...) ses besoins (...) et lui donner une éducation (...). Ainsi, je deviens un agent dépisteur parce que cela n'a pas été dépisté lorsque le médecin l'a évalué ou il n'y a pas eu de demande faite en nutrition. » P08M

Deux ergothérapeutes ont mentionné collaborer à titre de bénévoles à diverses activités de promotion de la santé. Leurs connaissances professionnelles ont permis de contribuer de façon significative à ces activités.

« L'an dernier, j'ai fait de la représentation auprès de la commission scolaire. Y faisaient des sorties scolaires, avec des enfants de maternelle et de première année. (...) Ça touchait les sièges adaptés, les sièges d'appoint pour les gens (élèves), les principes : (...) comment bien utiliser un siège. » P24MP

« Un club de marche auprès de l'Association d'Alzheimer de mon quartier. » P05MP

Aucune activité professionnelle n'a été citée dans la catégorie prévention primaire. Une participante a parlé d'une activité réalisée en milieu scolaire sur l'utilisation de sièges adaptés pour enfant ayant un handicap pour prévenir des problèmes posturaux. Après avoir affirmé que l'activité se situait dans le cadre de la prévention primaire, elle s'est ravisée en disant qu'il s'agissait davantage de prévention secondaire puisque l'activité ciblait un groupe à risque chez les enfants.

4.1.2.2 Prévention et promotion de la santé dans une pratique renouvelée

Pour faire émerger les cognitions prescriptives relatives à la prévention et la promotion de la santé dans une pratique renouvelée, les participantes ont répondu à deux questions qui se lisaient respectivement comme suit : Quel rôle pourrait jouer l'ergothérapeute en fonction de l'éducation à la santé (avec la population en général ou avec des clientèles spécifiques) en s'appuyant sur ses connaissances? Si on vous offrait un poste en éducation à la santé, qu'est-ce que vous feriez s'il n'y avait aucun obstacle financier ou autre ?

Les catégories émergentes reflètent cinq axes que pourraient prendre les interventions éducatives en prévention et promotion de la santé : 1) « promotion de l'occupation par l'adaptation et l'équilibre occupationnel », 2) « pratique communautaire collaborative », 3) « stimulation du développement et dépistage précoce de problèmes

chez l'enfant », 4) « intégration sociale », 5) « matériel éducatif ». Le tableau 15 présente les catégories émises pour chacun des participants.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
o																								
c																								
d																								
i																								
e																								
p																								

o : promotion de l'occupation par l'adaptation et l'équilibre occupationnel (n=14)
 c : pratique communautaire collaborative (n=10)
 d : stimulation du développement et dépistage précoce de problèmes chez l'enfant (n=5)
 i : intégration sociale (n=3) e : matériel éducatif (n=5) p : pas de réponse (n=2)

Tableau 15 : Catégories relatives à la pratique renouvelée de l'éducation à la santé en ergothérapie.

Les participantes ont évoqué plusieurs axes de développement pour renouveler l'éducation à la santé. La catégorie « promotion de l'occupation par l'adaptation et l'équilibre occupationnel » rassemble les ergothérapeutes qui croient que leurs interventions de prévention et de promotion de la santé dans une pratique renouvelée s'appuieraient principalement sur la promotion de l'occupation. Leurs connaissances médicales et celles en analyse de l'activité de même que le concept d'équilibre occupationnel seraient mis à profit pour promouvoir l'occupation, c'est-à-dire permettre à une personne de poursuivre son activité significative. Les ergothérapeutes pourraient, par exemple, contribuer aux activités de promotion de la santé par la pratique régulière de l'activité physique en adaptant cette activité au niveau de fonctionnement des clients.

« Le jardinage, c'est une activité qui est quand même populaire. Puis y existe plein de petites aides techniques pour rendre ça plus facile. J'ai des ergos dans mon milieu qui ont travaillé beaucoup cette activité avec des dames plus âgées qui avaient des capacités limitées. (...) Cela peut même s'appliquer à monsieur tout le monde. (...) Des outils ou des aides techniques qui peuvent être intéressantes, des postures, des façons de faire. » P03M

« Pour favoriser des exercices (...) aux aînés. Beaucoup justement de groupes d'exercices adaptés. » P12MP

La promotion de la santé par l'équilibre occupationnel s'adresserait à une clientèle d'âge variée. Elle pourrait être accentuée en milieu scolaire notamment, et ce, dès la fin du primaire en milieu scolaire.

« J'irais dans les écoles pour la prévention (...) où c'est problématique, fin primaire, début secondaire. » P14SM

La catégorie « pratique communautaire collaborative » fait référence aux ergothérapeutes qui jugent positivement le mouvement vers la pratique communautaire tant au niveau de la qualité que de l'efficacité des soins. Elles croient que le déploiement de leur rôle en éducation à la santé se fera dans le cadre de ce mouvement. Selon elles, pour que les programmes de promotion de la santé répondent aux besoins des gens, les objectifs de formation doivent être déterminés de façon collaborative. De plus, ceux-ci ne pourront être implantés sans le développement de partenariats avec des services et des organismes qu'ils s'agissent du service des loisirs dans les municipalités, le service de Police et les commissions scolaires.

« Faut aller sur le terrain, voir les gens, leur parler, être présents avec eux autres. » P01 MP

« J'irais dans les centres communautaires, j'irais dans toutes les résidences. Je ferais des groupes interactifs. J'essaierais d'impliquer la communauté parce que

souvent, c'est les gens à la base qui savent qu'est-ce qui ont besoin(...) J'essaierais d'aller chercher les gens pis de leur dire (demander) : qu'est-ce qu'y leur manque dans leur communauté. Pis j'essaierais de voir qu'est-ce qu'y auraient comme idées pour pouvoir faire de la prévention. » P11MP

La catégorie « stimulation du développement et le dépistage précoce de problèmes chez l'enfant » a surtout émergé du discours des ergothérapeutes qui exerçaient dans le domaine de l'enfance. La prévention et la promotion de la santé passent par des programmes de stimulation du développement et un dépistage précoce des problèmes de l'enfant. Ce dépistage pourra se faire par l'intermédiaire d'une formation destinée aux professeurs des cycles de la maternelle et de la prématernelle et aux intervenants en soins de santé primaires³⁸ ou par une implication directe de l'ergothérapeute dans le milieu scolaire et dans les soins de santé primaires.

« Je ferais le dépistage de tous les bébés prématurés ou à risque très tôt. Même que ça pourrait être fait conjointement avec les vaccins. (...) Aller peut-être former le personnel infirmier qui fait les suivis. » P16MP

« Ça pourrait être au niveau scolaire aussi pour aller faire de l'enseignement, de la prévention au niveau de la stimulation précoce. (...) Il y a beaucoup d'enfants qui ne sont pas stimulés. Y arrivent à l'école déjà avec des retards importants (...) J'aimerais faire un programme qui pourrait enseigner à ces familles, qui ont peu de moyens, de faire de la stimulation de base pour leur enfant. » P06DI

Sous la catégorie « intégration sociale » sont regroupées les ergothérapeutes qui perçoivent leur rôle futur d'éducateur à la santé comme celui d'agentes de changement social. Elles se voient impliquées pour favoriser l'intégration sociale des personnes souffrant d'un handicap ou d'une incapacité. Grâce à de l'enseignement,

³⁸ On entend par soins de santé, la prestation directe de services de premier contact par des fournisseurs comme les médecins de famille, les infirmières et les infirmiers praticiens, les pharmaciens et les pharmaciennes, ainsi que les lignes d'info-conseils (Santé Canada., 2005).

elles pourraient faire valoir les droits de ces personnes afin de mettre en place des mesures favorisant l'accomplissement de leur rôle social. Il pourrait s'agir d'interventions éducatives liées à la nature du handicap, à des stratégies pour interagir avec ces personnes et à l'accessibilité universelle aux infrastructures.

« Quand on pense à l'accessibilité universelle, l'ergothérapeute aurait un rôle aussi à jouer là-dedans (...) pour la construction des maisons neuves ou la construction d'habitations, au niveau de la SCHL (Société centrale d'hypothèque et de logement) ». P08M

« Je pousserais peut-être un peu plus pour l'intégration sociale (...) L'enfant avec des déficits moteurs a suivi de la réadaptation (...) pour se rendre compte qu'à 20 ans, y est pas vraiment intégré socialement. Qu'est-ce que cela aurait été de faire de l'accompagnement dans le milieu, de sortir avec l'enfant, de participer à des activités de loisirs! (...) Ce serait vraiment de sensibiliser les gens qui sont au service de loisirs de ces municipalités de favoriser l'intégration. » P19M

L'expertise des ergothérapeutes quant à l'analyse d'activité et l'équilibre occupationnel pourrait être mise à profit pour participer à la création de « matériel éducatif » promotionnel en santé qui s'adresserait aussi bien aux aidants naturels qu'aux intervenants du réseau de la santé et du secteur privé. Entre autres, avec le vieillissement de la population, l'enseignement sur la démence et l'impact de celle-ci sur le fonctionnement du quotidien pourrait éviter la dépression des aidants naturels et maximiser l'autonomie des personnes démentes.

« Je ferais des vidéos éducatifs. » P07MP

« Du matériel éducatif pour la conduite auto, pour sensibiliser la population en général de l'apparition de difficultés au niveau de la conduite. » P06DI

Deux participantes n'ont pu donner de réponse reliée à la pratique renouvelée de l'ergothérapie en prévention et en promotion de la santé. Elles ont parlé d'augmenter les ressources actuelles pour améliorer l'accès aux soins comme l'ajout de salles de thérapies. Ces réponses démontrent une difficulté à sortir des cadres traditionnels.

4.1.2.3 Bons coups en éducation à la santé

En répondant à la question 5 qui demandait aux participantes de parler de leurs bons coups en éducation à la santé, les ergothérapeutes ont permis de donner une autre dimension aux activités de prévention et de promotion qu'elles réalisaient tout en renforçant les activités dans lesquelles elles pourraient davantage déployer et mettre à profit leurs compétences.

Telle que perçue par les ergothérapeutes, la contribution de leurs interventions éducatives avec le client et sa famille ou auprès des collègues se regroupent sous les catégories : « faciliter le maintien et l'intégration de personnes souffrant d'un handicap ou d'une déficience dans leur environnement » « améliorer la qualité des soins », « aider à l'acceptation d'un handicap » et « faire valoir la profession ». Les catégories identifiées par chacune des participantes sont décrites au tableau 16.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
m																								
q																								
a																								
p																								

m : faciliter le maintien et l'intégration de personnes souffrant d'un handicap dans leur environnement (n=11)

q : améliorer la qualité des soins (n=8)

a : aider à l'acceptation d'un handicap (n=4)

p : faire valoir la profession (n=3)

Tableau 16 : Catégories relatives aux bons coups des ergothérapeutes en éducation à la santé.

À titre d'exemple, par le rôle d'éducateur à la santé, les ergothérapeutes aident l'enfant à intégrer son environnement scolaire en ajoutant une compréhension particulière d'une problématique ou d'un diagnostic et en proposant des interventions. Elles permettent à l'adulte d'intégrer son travail ou d'être actif dans son environnement.

La catégorie « favoriser le maintien et l'intégration de personnes souffrant d'un handicap dans leur environnement » rassemble les interventions d'éducation à la santé des ergothérapeutes qui ont permis à des patients de demeurer dans leur environnement.

« Patient en phase de manie. Travail sur l'orientation à la réalité. Il avait des projets grandioses. Je l'amenais à travailler sur des activités quotidiennes : cuisiner pour son épouse, jardiner. Après que sa médication ait changé, il est devenu profondément déprimé, ne faisant plus rien. J'ai établi un plan pour le mobiliser. Une chose à faire par jour et un devoir. J'y ai intégré ses intérêts entre autres, l'ornithologie. Tranquillement, le niveau d'énergie a augmenté. Puis dernièrement, il est devenu anxieux. J'ai travaillé la gestion de l'anxiété, la relaxation, car il voulait retourner au travail et que c'étaient des obstacles. Je suis allée avec lui dans son milieu de travail pour l'accompagner. Retour progressif. On a commencé par aller chercher ses choses dans sa case. (...) Cela fait deux ans et le client se souvient des petits gestes qui l'ont aidé. » P18SM

« Un bon coup (...) un enfant en maternelle. (...) Les parents voyaient les difficultés de leur enfant (...) mais quand la mère le mentionnait à l'école, y a comme jamais personne qui disait : « oui, Madame, vous avez raison. Oui, y a un problème. ». (...) On lui disait : « ah! Ça va rentrer dans l'ordre. » L'enfant avait été long à établir une dominance manuelle. (...) Puis, j'ai vraiment donné des interventions d'ergothérapeute. C'est là qu'elle (mère) m'a dit : « (...) Vous venez de me le confirmer, pis en plus, vous me donnez des outils pour améliorer sa faiblesse ou ses difficultés. » P19M

La catégorie « améliorer la qualité des soins » englobe toutes les interventions éducatives des ergothérapeutes qui ont favorisé l'intégration d'une approche et de méthodes de travail mieux adaptées aux besoins des patients. Selon les participantes,

ces interventions ont eu un impact significatif positif sur les services offerts aux clients.

« L'enseignement aux bénévoles, c'est souvent sur les déficits cognitifs : (...) qu'est-ce qui se passe quand t'as une atteinte de ton jugement, ton attention, concentration. (...) Cela a été super apprécié. (...) Quand on comprend au plan perceptuel que le champ visuel d'une personne avec des déficits ou Alzheimer se rétrécit, (...) on sait comment intervenir. (...)» P04MP

« J'ai fait de l'enseignement encore dernièrement aux soins intensifs sur le positionnement. (...) Ça permet beaucoup de démystifier plein de choses, de diminuer la fréquence des situations où les orthèses sont mal utilisées, où les patients sont mal assis au fauteuil parce que je ne peux pas être là toujours partout. » P24MP

La catégorie « aider à l'acceptation d'un handicap » comprend les interventions ergothérapeutiques qui ont soutenu un client dans son processus d'acceptation de son handicap physique ou mental. Cette acceptation a eu pour effet de lui permettre de jouer un rôle actif dans son environnement afin d'améliorer sa qualité de vie.

« C'est quand on réussit à faire accepter aux gens qu'y sont rendus à utiliser tel équipement, à utiliser un fauteuil roulant ou des choses comme ça. Puis une madame qui est sclérose en plaques, ça faisait deux ans qu'a vivait pu parce qu'au niveau du déplacement, ce n'était pas sécuritaire. (...) J'ai réussi à lui faire accepter son fauteuil roulant. » P11MP

« Ça arrive puisque les gens, des fois, ils essaient de se protéger dans leurs relations interpersonnelles (...) ils se coupent du monde, ils s'isolent. Pis là, ils n'ont plus de relations interpersonnelles, pis ils pensent qu'ils sont heureux, puis protégés. C'est de réussir à leur démontrer le contraire (...) que finalement, ils font l'inverse de ce qu'ils recherchent le plus. J'ai quelques clients qui me viennent en tête. » P23SM

Dans la catégorie « faire valoir la profession » se retrouvent les ergothérapeutes qui ont mentionné avoir fait connaître l'ergothérapie. Les ergothérapeutes sont devenues des membres reconnus dans des équipes de soins où auparavant leurs services n'étaient pas requis; par exemple, en oncologie et en dysphagie. L'implication de la

profession dans ces équipes de soins a un effet sur la qualité des soins prodigués au client et a permis de recadrer certains concepts thérapeutiques.

« Quand j'ai travaillé avec le Ministère de la Santé, j'étais la seule professionnelle de la réadaptation sur le comité aviseur en oncologie. J'ai permis de redéfinir le concept de soutien adaptation et de réadaptation parce que, souvent les gens parlaient de soutien psychologique. Et je leur disais : il y a tout un autre volet de soutien adaptation et de réadaptation qui est possible et qu'il faut se préoccuper; qui est de s'assurer que les gens sont dans un environnement adapté à leurs besoins. (...) Ça été pour moi un bon coup parce que maintenant dans les équipes inter, le Ministère exige qu'il y ait des professionnels de la réadaptation qui soient partie prenante des équipes inter en oncologie. » P02M

« Y a la dysphagie qui n'avait absolument rien dans l'hôpital qui se faisait. Pis là, y a un travail (...) interdisciplinaire qui se fait avec ergo, physio, nutritionniste. (...) deux ans de travail pour être capable de réussir à monter ça. (...) Y a vraiment un protocole de dépistage qui est fait au niveau des soins infirmiers avec un arbre décisionnel. (...) Pis y a eu l'enseignement fait aussi par l'ergo sur les unités de soins. Quasiment tout le personnel infirmier a eu le droit à la formation. » P15MP

4.1.2.4 Référentiel commun des cognitions prescriptives

Le référentiel commun qui émerge des cognitions prescriptives du rôle des ergothérapeutes en éducation à la santé se résume au rôle actif de ces professionnelles en préventions tertiaire et secondaire. À l'heure actuelle, aucune intervention n'est réalisée en prévention primaire. La promotion de la santé est réalisée à l'intérieur d'un milieu de vie comme dans les établissements de soins de longue durée. De plus, elle est le fruit d'un travail d'équipe interdisciplinaire sur la promotion de saines habitudes de vie. Les interventions éducatives des ergothérapeutes avec le client et sa famille ou auprès des collègues contribuent à faciliter le maintien et l'intégration de personnes souffrant d'un handicap dans leur environnement, à améliorer la qualité

des soins, à faire accepter un handicap ainsi qu'à faire valoir la profession. La pratique renouvelée de la prévention et de la promotion de la santé permet de décrire comment les ergothérapeutes se distribuent sur ce référentiel commun. Ces différences seront reprises et décrites lors des diverses prises de position par rapport au référentiel commun.

4.1.3 Cognitions évaluatives

Les cognitions évaluatives réfèrent aux visions futures et aux opinions des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé. L'appendice G présente les catégories des cognitions évaluatives pour chacune des participantes. Les questions qui ont permis de faire émerger les cognitions évaluatives couvraient quatre aspects : les interventions difficiles, une image représentative de la profession, une vision de l'ergothérapie dans dix ans ainsi qu'une opinion par rapport à la recommandation de l'ACE qui stipule que le concept de promotion de l'occupation devrait être central dans les interventions en ergothérapie. Pour les ergothérapeutes œuvrant dans le domaine de la santé mentale, une autre question a été ajoutée afin de connaître leur opinion par rapport à leur rôle d'éducateur comme étant l'enseignement au client des symptômes de sa maladie.

4.1.3.1 Vision future du rôle de l'ergothérapeute en éducation à la santé

Dans l'ensemble les ergothérapeutes ont une vision positive de la profession (92%). Elles perçoivent que dans l'avenir, les besoins de services en ergothérapie seront plus nombreux, la profession mieux connue et la pertinence des interventions davantage reconnue.

Plus spécifiquement, les principales avenues anticipées se regroupent sous sept catégories satellites où les ergothérapeutes seraient amenées à jouer un rôle plus actif (tableau 17).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
s																								
m																								
v																								
c																								
p																								
d																								
sm																								

s : spécialisation de l'ergothérapie (n=7)

m: travail en milieu naturel (n=5)

v : vieillissement de la population (n=6)

c : rôle de consultant (n=5)

p : rôle préventif (n=4)

d : diversification des sphères d'activité (n=3)

sm : rôle en santé mentale (n=2)

Tableau 17 : Catégories relatives à la vision positive du rôle futur des ergothérapeutes en éducation à la santé.

La première catégorie regroupe le discours des ergothérapeutes concernant le débat sur la spécialisation de la profession. Ce débat au sein de la profession demeure encore non résolu. D'une part, l'avancement des connaissances et des technologies exerce une pression sur les ergothérapeutes vers la spécialisation. Les années d'expérience uniquement acquises dans un contexte de soins très spécialisés ont pour impact que certains champs de pratique deviennent alors presque inaccessibles sans formation continue. À titre d'exemple, après avoir travaillé en santé mentale adulte pendant plusieurs années, la transition vers la pédiatrie est très difficile. D'autre part, la nécessité de conserver une approche globale et holistique dans l'analyse d'une situation s'avère essentielle compte tenu du contexte de soins et de la complexité des cas. La formation actuelle des ergothérapeutes leur permet de répondre aux besoins de la clientèle en milieu rural ou en régions éloignées. Cette dite clientèle est variée que ce soit par rapport à l'âge et à la problématique qu'elle présente. La gestion et

l'opérationnalisation d'un champ de spécialisation sont des enjeux professionnels ergothérapeutiques importants.

« Je pense qu'y va falloir qu'on commence à aller vers des spécialisations plus officielles. (...) Avec l'évolution des connaissances qui s'est faite dans les 30 dernières années en ergo (...) il va falloir, un moment donné, qu'on commence à se dire qu'il y a des spécialités (...) Je ne sais pas comment ça serait souhaitable que ça se passe, pour ne pas non plus compartimenter les filles, qu'elles puissent plus aller n'importe où. » P17MP

« On s'en va vers la maîtrise, on s'en va vers la spécificité. (...) Je pense qu'on va être de moins en moins générale. Peut-être qu'avec toutes les technologies, peut-être qu'on n'aura pas le choix non plus. (...) Être plus spécifique, mais je ne voudrais pas qu'on perde la globalité. » P19M

Une seconde vision future de l'intervention ergothérapeutique concerne une accentuation du travail « dans le milieu naturel des personnes ». Ce mouvement vers la communauté est le résultat d'une volonté politique. Selon les personnes interrogées, il est souhaitable que ce mouvement se poursuive puisqu'une évaluation faite dans la communauté donne des résultats plus fidèles et l'intervention est mieux adaptée au milieu de vie.

« J'espère qu'au niveau de la communauté, on soit de plus en plus impliqué parce que notre rôle est beaucoup plus là. C'est ma problématique en hôpital de jour. J'aimerais travailler dans la maison (...) Ce serait la meilleure place pour moi de travailler. Ce serait la place où, premièrement, j'aurais des évaluations plus fiables parce que les gens seraient vraiment dans leur environnement. » P07MP

« L'ergothérapeute pourrait être appelée par ce fait à jouer un rôle d'agent de liaison entre les différentes instances impliquées. Amener des ressources à la maison pour pouvoir soulager l'intervenant naturel qui a besoin de prendre du répit ou peut-être d'aller en vacances. De façon à ce que ce soit le plus proche possible du milieu naturel des gens. » P05MP

La troisième catégorie extraite est issue du discours des participantes qui croient qu'il y aura un accroissement du nombre d'ergothérapeutes impliquées directement auprès de la population vieillissante et auprès de tous ceux qui seront appelés à leur donner des soins tels que les intervenants en soins à domicile et les aidants naturels.

« Moi, je pense qu'il (le rôle de l'ergothérapeute) va être beaucoup plus important que maintenant. Quand on parle de vieillissement de la population, aussi de maintien à domicile. Je pense que l'ergo a beaucoup sa place (...), va être de plus en plus important, surtout dans le maintien à domicile. » P10MP

« L'ergothérapeute a fait beaucoup plus sa place (...) d'être connue pour une expertise au niveau du fonctionnel, au niveau de vraiment apporter un changement, d'aider les gens dans le changement de vie, des capacités. (...) Si on regarde la population vieillissante, je pense qu'il va y avoir de plus en plus de place pour l'ergothérapeute. » P21MP

L'augmentation du « rôle de consultant » est perçue comme un rôle d'avenir où l'ergothérapeute deviendra une aide au diagnostic et à l'évaluation fonctionnelle globale. Une place dans le traitement spécialisé sera encore indiquée. Le rôle d'éducateur sera élargi car, en raison de la pénurie de professionnels de la santé, l'ergothérapeute devra déléguer des tâches à d'autres intervenants.

« Je pense qu'on va être plus des évaluateurs ou des consultants. (...) le désir que ça retourne beaucoup au niveau de la communauté. » P14SM

« Je pense qu'on ne pourra pas faire de la thérapie, intervenir directement avec tous nos patients. Je nous vois beaucoup plus comme (...) des consultantes ou des personnes qui font l'évaluation, pis qui doivent faire de l'enseignement auprès du personnel infirmier; par exemple, des personnes qui apportent de l'aide à domicile, le personnel de soutien pour être capable de faire une continuité au niveau des soins.» P15MP

La catégorie décrivant une accentuation « du rôle préventif » signifie que le rôle de l'ergothérapeute se voudra à la fois curatif et préventif. Le volet préventif semble

surtout lié au rôle de consultant (p.ex. être consultant pour prévenir divers problèmes, dont l'épuisement chez les aidants naturels).

« Quand on regarde l'équilibre dans le quotidien, travail-repos-loisirs, les activités, (...) c'est assez dur d'arriver à fonctionner, arriver à faire des choses qui te sont significatives. Si on (...) essaie de rétablir une espèce d'équilibre, je me vois plus faire de l'éducation comme consultant avec tout le monde, (...) parce que pour moi, la santé, ce n'est pas juste la maladie. » P01 MP

« Peut-être qu'on aurait plus de place au niveau de la prévention. Avec toute la population qui est vieillissante, j'ai l'impression qu'on va être encore plus appelées à être sur le terrain. Pis, justement, pas juste intervenir quand la personne est tombée ou quand les aidants sont épuisés. » P12MP

Dans le milieu de l'éducation primaire, ce rôle de prévention devra se développer afin de prévenir des problèmes d'insertion sociale et de retard scolaire.

« Un enfant peut rester deux ou trois ans sur la liste d'attente.(...) Pis, juste d'aller faire de l'observation en début d'année, on peut tout de suite voir un enfant qui a une préhension du crayon bizarre, qui a des problèmes d'organisation à l'habillage. (...) L'éducation aux parents au niveau des jeux éducatifs, des jeux pour développer la motricité fine, globale, les habiletés perceptuelles. On pourrait avoir un rôle au niveau des CLSC. » P12MP

Sous la catégorie « diversification des sphères d'activité » se retrouvent les participantes qui entrevoyent que l'ergothérapeute sera plus présente dans les diverses équipes de soins et dans les organismes gouvernementaux. Selon elles, la pratique privée est aussi appelée à se développer.

« J'ai l'impression qu'a va être partout l'ergo. De plus en plus, on la retrouve dans des organismes gouvernementaux, on l'a retrouve en privé, on la retrouve dans différents secteurs d'activités que, des fois, que je ne soupçonnerais pas; par exemple, tantôt quand je parlais d'épuisement professionnel, (...) c'est un secteur que je connais moins mais je sais qu'y a des ergos en privé qui offrent des évaluations dans ce cadre. » P09MP

« Il y aurait des programmes à monter, des évaluations conjointes (...) parce que dans le milieu scolaire, il y a peu d'ergothérapeutes, (...) puis y aurait du beau travail d'équipe qui pourrait être fait. » P06DI

La catégorie relative « au rôle en santé mentale » reflète la vision de deux ergothérapeutes qui travaillent dans ce domaine. Elles souhaiteraient voir leur expertise plus utilisée dans ce champ de pratique, et ce, en raison, entre autres, des processus administratif et médical liés au mouvement de désinstitutionnalisation³⁹ et de l'incidence élevée de maladie mentale due au stress.

« En santé mentale, (...) avec la désinstitutionnalisation, je trouve qu'on pourrait faire une bonne promotion. » P04MP

« L'affirmation de soi. (...) Toutes les personnes qui font une dépression, souvent y ont des problèmes à s'affirmer. Je ferais un programme d'interventions, pis de thérapie de groupe (...) sur l'affirmation de soi (...). C'est un problème qui s'en vient très criant qui va faire qu'en santé mentale, ça n'ira pas en s'améliorant. C'est la question de l'horaire occupationnel. Les gens passent leur temps à courir. C'est complètement fou. J'aimerais expliquer ces principes-là aux gens. On a 24 heures dans une journée, pis on a des besoins à remplir, entre autres, relaxer des fois. Pis on ne peut pas juste travailler, revenir du travail, pis faire des tâches, pis aller te coucher. Ça prend d'autres choses dans notre journée pour que ça fonctionne. Pis tout faire dans la fin de semaine, ce n'est pas une question d'équilibre non plus. Ça fait en sorte que les gens tombent malades. Ça pourrait s'adresser à tout le monde. » P18SM

Tout en partageant une vision optimiste sur l'accroissement du rôle de l'ergothérapeute, deux participantes précisent certaines craintes quant aux ressources financières et humaines limitées qui enfreignent le déploiement de la profession. Ces

³⁹ Processus administratif et médical qui vise à diminuer le nombre et la longueur des séjours en institution des handicapés intellectuel ou mental

participantes s'entendent pour dire qu'il faudra former plus d'ergothérapeutes sinon l'évolution de la profession sera mise en péril.

« Dans une dizaine d'années, je pense que la clientèle de personnes âgées devrait être plus grande. (...) je vois aussi que c'est difficile de répondre à tous les besoins actuellement. Ça ne risque pas de s'améliorer à l'avenir. (...) au niveau des programmes gouvernementaux, pis les programmes qui paient des équipements ne risquent pas non plus d'être plus généreux, là. Donc peut-être qu'à long terme, on va se retrouver à faire des recommandations sans avoir les budgets pour le faire. Pis les gens auront à travers leur propre budget à défrayer le coût de ces affaires. » P08M

4.1.3.2 Image représentative du rôle de l'ergothérapeute en éducation à la santé

« Une image vaut mille mots » diront certains. Nous avons ainsi demandé aux participantes de choisir une image pour décrire leurs interventions en éducation à la santé. Cette question a paru difficile et a surpris tous les participantes sans exception. Quatre (4) participantes n'ont pu identifier d'image. Il est important de signaler qu'il n'y a aucun lien entre l'absence de réponse à cette question et le nombre d'années d'expérience.

Les réponses fournies peuvent se regrouper sous cinq catégories principales qui sont, par ordre d'importance de la fréquence : « rôle », « modalité d'intervention », « processus », et « finalité de l'intervention ». Le tableau 18 présente les fréquences obtenues ainsi que les images fournies par les participantes pour chacune de ces catégories.

Catégorie	Image représentative de la profession	Nombre de participantes N=24	%
Rôle	Enseignant, Adaptateur de l'environnement, Facilitateur, Amener une autre paire de lunettes, Funambule, Tricot, ⁴⁰ Pieuvre ⁴¹ , Accompagnateur, Guide touristique, Oreille	11	45
Modalité d'intervention	Coffre à outils, Jeu, Fauteuil roulant, Paquet d'aides techniques, Coffre multi-adaptations	5	21
Aucune		4	17
Processus	Pointe de tarte, Roue, Cercles concentriques avec client au centre et les différents partenaires autour	3	13
Finalité de l'intervention	Redonner des ailes au patient	1	4

Tableau 18 : Catégories relatives à l'image représentative du rôle des ergothérapeutes en éducation à la santé.

La première catégorie, la plus fréquente, regroupe les images qui décrivent un rôle possible (enseignant, facilitateur) exercé à titre d'éducateur à la santé. Les rôles de soutien et d'accompagnateur prédominent dans le discours des participantes.

⁴⁰ Personne responsable de rassembler tous les éléments entourant un client d'où l'image du tricot.

⁴¹ Pieuvre : mettre ensemble de nombreux éléments et en assurer la gestion durant la thérapie.

D'autres participantes se centrent davantage sur les moyens, les outils ou les modalités d'intervention utilisées lors de leur intervention. Leurs images peuvent se traduire en un outil traditionnel comme le fauteuil roulant ou par une modalité comme le jeu ou encore par des images plus abstraites comme le coffre à outil. Même si les ergothérapeutes expriment une image centrée sur la « modalité », elles s'empressent de décrire qu'elles accompagnent le client dans le choix proposé.

« Je les fais beaucoup manipuler les enfants. Comme accompagnatrice (...) je le montre sur moi-même. J'utilise comme les bras des parents pour les mouvements que je veux faire. » P16MP

La troisième catégorie qualifiée de « processus » regroupe les images qui faisaient référence à ce qui se passe durant l'intervention. Par exemple, la tarte est utilisée pour décrire un tout que l'on subdivise en plus petites unités durant la thérapie pour mieux être compris. Lorsque les ergothérapeutes s'appuient sur le processus pour donner une image représentative de la profession, elles se décrivent comme des agents facilitant le changement et accompagnant le client dans la démarche.

« Je fais une tarte. (...) Chaque pointe est un obstacle qu'ils (patients) réussissent à identifier. Je leur fais sortir les facteurs qui font obstacles. Je leur demande de cibler lesquels sont, à leur avis, les plus importants. C'est à partir de ça que je vais faire mes interventions tant au niveau physique que psychologique. (...) Je vais les guider, les pister dans la recherche de solutions. Je vais les intégrer dans la démarche de réadaptation, à mon plan d'intervention. C'est quand je m'accroche vraiment à ce qu'eux me disent que c'est le plus efficace. » P13MP

En tout dernier lieu, l'image donnée par un participant pourrait s'apparenter davantage aux finalités de l'intervention éducative soient les retombées de celle-ci ou les effets.

4.1.3.3 Obstacles en éducation à la santé

Une seconde façon d'apprécier les cognitions évaluatives réside dans l'identification des principaux obstacles rencontrés dans leur pratique d'éducation à la santé. Dans l'ensemble, les contenus analysés permettent d'identifier quatre catégories principales d'obstacles composées pour certaines de catégories satellites.

Les obstacles les plus fréquemment énoncés sont d'ordre opérationnel, puis à un degré moindre d'ordres éducatif, administratif et humain. Ces résultats sont présentés au tableau 19.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
o																								
é																								
a																								
r																								

o : opérationnel (n=19)

é : éducatif (n=7)

a : administratif (n=3)

r : manque de ressources humaines (n=3)

Tableau 19 : Catégories relatives aux obstacles à l'intervention en éducation à la santé des ergothérapeutes.

La catégorie « opérationnel » est formée par l'ensemble des facteurs qui peuvent faire obstacle lorsqu'on réalise une intervention éducative auprès des clients et de leur famille ainsi qu'auprès de professionnels. Les catégories satellites associées sont « les facteurs personnels du client », « les normes sociales » et « l'environnement » (voir tableau 20).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	13	15	16	18	19	21	22	23	24
Facteurs personnels du client (n=22)																			
Normes sociales (n=4)																			
Environnement (n=4)																			

Tableau 20: Catégories relatives aux obstacles d'ordre opérationnel à l'intervention en éducation à la santé des ergothérapeutes.

Les facteurs personnels identifiés sont le niveau de scolarité, le statut socio-économique, les ressources personnelles et l'attitude du client. Les ergothérapeutes doivent moduler et adapter leurs interventions selon ces caractéristiques de leur clientèle sinon l'intervention aura peu d'impact ou pourrait être plus difficile à réaliser.

« Si je sais qu'un des parents est illettré (...) Ça ne sert à rien, à ce moment-là, de leur donner un plan d'intervention trop chargé parce qu'on les décourage. Je prends ça en considération quand j'écris mes recommandations. » P22M

Elles peuvent atténuer un obstacle lié au statut socioéconomique en faisant appel à diverses sources de financement pour pallier les lacunes et remplir les besoins perçus. Elles agissent alors comme agentes de liaison entre les ressources existantes et les besoins des clients.

« Le milieu défavorisé. (...) Quand c'est des milieux défavorisés, j'arrive avec des jouets de chez Dollorama. Je n'arrive pas avec le beau kit de chez Toys-R-Us parce que je sais qu'ils n'ont pas nécessairement l'argent pour investir dans des jouets. Des fois, j'n'arrive avec rien, pis je leur demande d'aller fouiller dans les coffres à jouets de leur fils, de leur fille (...) pour ne pas qu'y se sentent toujours rabaissés. Parce que si on arrive avec le beau coffre à jouets de chez Toys-R-Us, y n'ont pas les moyens de ça. » P22M

« C'est le principal problème. La grande majorité de nos clients n'ont aucun moyen de faire l'achat d'équipement ou faire l'achat de trucs qu'on peut recommander. Alors, c'est beaucoup de trouver des solutions pour faire des demandes de financement un peu partout dans le réseau, ou auprès d'organismes de charité. C'est nous qui faisons les démarches parce qu'on a plus de moyens de les faire. On crée des alliances avec certains clubs, (...) les Clubs Optimistes, le Club Rotary et différents organismes de charité. » P06DI

Les ressources personnelles du client constituent parfois un obstacle dont les ergothérapeutes tiennent compte dans leur enseignement.

« Les personnes sont capables de s'auto évaluer par rapport à leurs points faibles, à leurs points forts et qu'elles peuvent voir ce qui est à travailler par elles-mêmes. Aussi, comment elles se perçoivent. (...) Cela ne veut pas dire que parce que tu l'as évaluée, que la personne (...) se perçoit de la même manière. (...) Tu peux avoir des objectifs en fonction de ton évaluation mais c'est important (...) d'aller rechercher les objectifs du client et de réussir avec le client d'atteindre ses objectifs. » P07MP

« Chez la clientèle (...) avec des troubles cognitifs, on a beau vouloir faire un bel enseignement. (...) Dans la réalité, une fois rendue à la maison, y a pas grand chose qui va être retenu. » P15MP

La motivation constitue également une caractéristique individuelle précisée par certaines participantes qui peut contribuer ou nuire aux interventions mises en place.

« Je travaille avec les adultes. Des fois, il y a des jeunes adultes. (...) Ils nous apportent des situations, mais ils ne nous disent pas la vérité. Il y a d'autres choses en arrière. Ils ne veulent pas vraiment venir, mais ils viennent. (...) Ça, c'est difficile. » P23SM

« C'est sûr que la motivation doit être là. Si on essaie d'enseigner à quelqu'un des principes et qu'il n'est pas motivé de les mettre en pratique, (...) cela ne va pas fonctionner. » P16MP

Un dernier élément touchant aux caractéristiques individuelles concerne le manque d'ouverture qui est parfois présent chez les autres intervenants à qui s'adresse la formation; par exemple les préposés, les conjoints et les parents. Leur attitude a un effet direct sur l'acceptation de l'intervention et son application.

« Quand l'école ou la direction ou le professeur de la classe n'est pas ouvert à des modifications de l'environnement. (...) Quand tu te butes, dès le départ, à quelqu'un qui n'aurait pas voulu avoir ce type d'enfant. Mais qu'il n'avait pas le choix de le prendre. Je pense que c'est là qu'on a des difficultés. » P19M

« Il y a des parents qui sont pas très intéressés. Des fois, les parents ne se sentent pas concernés par la santé des enfants. Donc, ils amènent les enfants au traitement mais c'est nous qui devons les guérir. (...) Puis eux, ils n'ont rien à faire à la maison. C'est à nous à faire le travail. (...) On essaie de les sensibiliser. (...) Quand tu vois que les parents ne font absolument rien à la maison, ce n'est pas évident. » P16MP

La catégorie satellite « normes sociales » englobe la perception de l'entourage et de la société face aux interventions. Lorsque les clients peuvent être en lien avec des personnes ayant vécu les mêmes problématiques et comprendre comment celles-ci ont transigé avec leur difficulté, cela facilite l'acceptation. Toutefois, le contexte de soins ne permet pas toujours de regrouper des clients de problématiques similaires.

« Je fais beaucoup de comparaisons (...) entre des dossiers semblables, où les gens avaient les mêmes difficultés. J'ai fait un, deux, trois, quatre avec ces gens-là, pis woups! Y sont capables de faire X, Y, Z qu'y étaient pas capables de faire avant. Pis quand on montre, mettons, des gens qui avaient les mêmes difficultés, pis qu'avec les démarches qu'on peut faire, pis avec l'aide qu'y peuvent avoir, y réussissent à faire leurs activités. Ben là, les gens, ça débloque aussi un petit peu. » P11MP

« La perception des employeurs, c'est un obstacle. » P13MP

Finalement, la catégorie « environnement » réfère aux environnements physique et social. L'environnement physique de soins qui ne concorde pas avec les principes d'intervention découlant des meilleures pratiques à mettre en place est un obstacle.

L'environnement est un facteur clé dont il faut tenir compte dans l'intervention éducative.

« Aux soins intensifs, quand les personnes sont en phase d'éveil, on a aucun contrôle sur l'environnement. Alors toutes les pompes qui se mettent à crier, les respirateurs qui se mettent à faire ses bruits, etc. Tout ça va dans le sens contraire de la régulation sensorielle. Alors, l'approche de stimulation et de régulation est complètement inutile dans un environnement comme les soins intensifs où il y a autant de bruit. C'est ça le plus gros frein. » P24MP

« Pour un adulte qui est handicapé, s'il vit seul ou non, on prend ça en considération. » P09MP

Au-delà des obstacles opérationnels, plusieurs participantes ont mentionné des éléments que l'on pourrait regrouper sous la catégorie « obstacle éducatif » qui renvoie au manque de formation continue et de matériel éducatif. En effet, les ergothérapeutes déplorent leur manque de formation continue pour l'acquisition de connaissances et d'habiletés au niveau de modèles, d'outils éducatifs et d'interventions très spécialisées.

« Les obstacles au niveau du matériel d'évaluation, d'outils d'intervention. Ce sont des bons obstacles. » P12MP

« Une formation par année, payée par mon employeur. (...) Moi, ça me prendrait une formation sur les fauteuils roulants, une formation sur la dysphagie, une formation sur... » P16MP

Selon des participantes, la formation continue n'est pas toujours facilement accessible et requiert des investissements financier et personnel très importants. De plus, comme les ergothérapeutes sont souvent peu nombreuses dans leur milieu de travail et moins bien connues, on ne se réfère pas toujours à elles pour offrir des formations qui ciblent leurs compétences plus spécifiques. Elles ont moins de possibilités pour participer à de la formation continue car elles trouvent difficilement du personnel

pour les remplacer. Comme le soulignent certaines, les connaissances avancent rapidement et il est important de se mettre constamment à jour.

« C'est un cercle vicieux. On n'envoie pas des ergos faire de la formation parce qu'elles ne sont pas nombreuses. » P20MP

« On est comme trois pour 400 lits à l'hôpital, 500 lits? On est tellement surchargée qu'on ne réussit pas à tout faire. Y a tellement à faire (...) parce qu'on n'est pas beaucoup, c'est très difficile de monter des comités, de faire de la formation parce qu'on est toujours à bout de souffle à voir des patients en urgence. C'est une grosse insatisfaction. » P15MP

Dans la catégorie « administratif », les obstacles se résument aux pressions exercées sur les ergothérapeutes pour augmenter le nombre de cas pris en charge en raison des longues listes d'attente. Les critères de rendement semblent davantage basés sur la quantité que la qualité. Cette situation entraîne un délaissement de certaines activités éducatives, ce qui est perçu comme un obstacle par plusieurs.

« Ce n'est pas juste une notion de performance clinique. (...) Alors, c'est un peu ce que je crains (...) comme on veut aller très rapidement, (...) qu'on perde cette notion de qualité en ergo qui ne va pas toujours avec la vitesse. Quantité n'égale pas qualité. Aborder l'autonomie d'une personne, (...) évaluer, donner une opinion sur un pronostic fonctionnel, on ne fait pas ça en cinq minutes. (...) J'aimerais bien que le Ministère comprenne (...) qu'il ne faut pas comptabiliser seulement et comparer entre les établissements pour la performance. (...) le nombre de patients que j'ai vu, le nombre de temps que j'ai passé avec chaque patient et le temps qui n'était pas dédié directement à des patients, entre autres, faire mes statistiques, assister à des réunions d'organisation. (...) L'efficacité, la pertinence des interventions et des objectifs que je fixe, ça n'est jamais comptabilisée. » P24MP

« Dans la réalité, quand t'as une grosse liste d'attente, tu (...) coupes au plus court. Tu fais une intervention, une rencontre, tu mets ça sur papier, tu donnes ça à la famille. Tu te dis que la famille va faire le reste parce que, (...) il faut que je donne aussi du service aux autres. » P15MP

Il peut s'agir aussi des délais liés aux demandes de consultation en ergothérapie. En effet, celles-ci sont nombreuses et lorsque des recommandations sont faites, il faut souvent attendre de longues périodes avant de pouvoir y répondre.

« C'est plus le temps de répondre à la demande le plus rapidement possible. C'est peut-être ça qui est le plus compliqué à cause des délais de paperasse, de commande. » P10MP

Le « manque de ressources humaines » entraînerait, entre autres, un roulement important chez le personnel hospitalier et une absence de professionnels clés dans certains milieux de soins. L'éducation doit constamment être répétée et la concertation des soins est très difficile.

« Permettre une continuité autant au niveau du personnel aussi pour aider la personne à s'orienter, entre autres, à avoir des repères. Le contexte hospitalier de soins aigus ne permet pas ça : les infirmières qui changent à chaque jour ou à chaque deux jours. » P24MP

« Je trouve difficile d'intervenir quand les médecins ne sont pas dans le CLSC. Quand toute l'équipe est à l'interne, ça va bien parce qu'on peut discuter. (...) Quand nos gens ont un médecin qui est en dehors de la région (...) Ça devient plus difficile parce que les communications se font toutes par des rapports qui ne sont pas nécessairement lus de part et d'autre. Alors, je trouve ça plus difficile de s'enligner comme il faut. La concertation devient quasiment impossible. » P17MP

4.1.3.4 Occupation comme concept clé

De façon générale, toutes les participantes sont d'accord avec la position de l'Association canadienne des ergothérapeutes qui met de l'avant le concept de l'occupation comme étant central à la pratique de la profession. Cependant, les participantes ont nuancé leur degré d'adhésion à ce postulat théorique. Les catégories satellites qui ont émergé des réponses des participantes sont « application pratique

difficile », « besoin de précision » et « mauvaise traduction ». Le tableau 21 présente la répartition des participantes dans ces catégories.

Catégories	Nombre de participantes N=24	%
Application pratique difficile	18	75
Besoin de précision	4	17
Mauvaise traduction	2	8

Tableau 21 : Catégories relatives à l'occupation comme concept clé de la pratique des ergothérapeutes.

La catégorie satellite « application pratique difficile » inclut les participantes qui sont en accord avec le concept d'un point de vue théorique et philosophique. Selon elles, ce concept aurait aidé l'ergothérapie à expliquer sa spécificité. Toutefois, son utilisation dans la pratique est jugée plus difficile. Des connotations négatives y sont parfois associées. Les participantes avaient tendance à préférer l'utilisation des terminologies « activités », « fonctionnement », « activités fonctionnelles » avec leur client plutôt que celle « d'occupation ».

« Dans les concepts à mettre de l'avant, je trouve que ça a fait sa place à l'ergo. Ça y a donné une place, alors que l'ergo s'est cherché pendant tant d'années. C'est intéressant. Ça demeure très important. Si on le garde dans un concept large. » P23SM

« Utiliser des concepts comme ça avec la clientèle, je ne pense pas que ça puisse pratiquement s'appliquer (...) C'est peut-être plus d'avoir une philosophie qui tend vers ça, là. C'est de même que je le verrais. » P09MP

Une participante de cette catégorie est consciente qu'elle utilise d'autres termes dans sa pratique clinique. Toutefois, elle croit que les ergothérapeutes pourraient faire un effort pour adopter un langage commun et y intégrer la terminologie d'occupation.

« L'occupation, on parle des AVQ (activités de la vie quotidienne), AVD (activités de la vie domestique). (...) Faudrait changer notre langage tranquillement pour que quand on parle occupation, ça clique dans leur tête qu'on parle de faire le ménage, brosser les dents, être capable de se peigner les cheveux. » P11MP

Quelques-unes des participantes rétorquent que ce concept a « besoin de précision », comme si le concept en soi manquait de spécificité. Selon elles, il est souvent employé à mauvais escient et elles ajoutent un qualificatif permettant de préciser l'occupation tel qu'humaine, significative et quotidienne.

« Il faudrait que ça soit précisé qu'est-ce qu'on entend par occupation parce qu'actuellement tout le monde l'utilise. (...) C'est rendu que tout le monde utilise l'activité. Chacun a sa définition. L'occupation, je trouve que s'est rendu comme ça. (...) Ça devient moins spécifique. (...) Si on parle d'occupation significative, on reste peut-être plus ergo. » P14SM

« Oui, moi je suis d'accord. Je l'utilise avec mes clients. (...) Par exemple, dans vos occupations quotidiennes. Oui, je l'utilise pas mal. » P15MP

La « mauvaise traduction » renvoie aux ergothérapeutes qui sont en accord avec le concept et croient qu'il a été mal traduit de l'anglais⁴². Selon ces dernières, « activité humaine » serait la meilleure traduction et serait plus large comme le veut le concept en anglais.

« Faudrait qu'on commence à traduire comme du monde le terme occupation. (...) Le terme en anglais est beaucoup plus vaste qu'en français. (...) Je comprends que l'occupation c'est l'activité humaine (...) Si l'occupation, c'est l'occupation comme on l'on entend en français, où on fait quelque chose pour faire quelque chose, pour passer le temps, (...) ce n'est pas là qu'y faut qu'on aille. » P17MP

⁴² Au Canada, le concept « occupation » est d'abord apparu dans les écrits en anglais. Il a été traduit en français par l'Association canadienne des ergothérapeutes.

« En anglais, ça veut dire activité. La racine grecque veut dire activité thérapeutique. Donc, je travaille avec vous par des activités que vous aimez, qui sont significatives. En français, en anglais, je reviens toujours sur le concept d'activité parce que souvent y ont juste en tête qu'y vont me faire faire des choses pour me faire passer le temps, pour m'occuper. » P01 MP

4.1.3.5 Rôle en santé mentale

La question 17 s'adressait aux participantes qui travaillaient en santé mentale pour qu'elles émettent leur opinion quant à l'affirmation de l'ACE qui dit qu'en santé mentale l'ergothérapeute enseigne aux patients les symptômes de la maladie. Les ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé mentale sont au nombre de trois (n=4).

Pour ces ergothérapeutes, leur rôle est de faire comprendre l'impact fonctionnel de la maladie sur le quotidien plutôt que de décrire les symptômes. Expliquer les symptômes relève davantage de l'infirmière bien que cette tâche soit, à l'occasion, partagée entre les membres de l'équipe de soins.

« Vulgarisation sur les symptômes sur la maladie, sur mon rôle, c'est sûr que j'en fais. (...) Sur la maladie (...) pis sur les principes sur lesquels je fais des interventions. » P18SM

« C'est les infirmières qui (...) enseignent au client les symptômes de la maladie. (...) Je l'aborde dans leur façon de réagir à ce qui leur arrive. (...) Rester fonctionnel. » P23SM

4.1.3.6 Référentiel commun des descriptions évaluatives

Le référentiel commun des descriptions évaluatives des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé serait une vision positive de l'évolution du rôle d'éducation à la santé en ergothérapie. Avec le vieillissement de la population, l'accentuation du mouvement communautaire, le rôle de consultant de l'ergothérapeute est appelé à

grandir et ses champs d'activité à se diversifier. Il faudra cependant former plus d'ergothérapeutes et continuer à promouvoir la profession. L'occupation est un concept auquel adhèrent les ergothérapeutes d'un point de vue théorique et philosophique. Ce concept aurait aidé au processus identitaire de la profession. Toutefois, son usage avec la clientèle est difficile. Le terme a des connotations négatives. Les obstacles à l'intervention éducative sont de plusieurs ordres : opérationnel, éducatif, administratif et humain. Sur le plan de l'opérationnalisation de l'intervention en éducation à la santé, les ergothérapeutes modulent leurs interventions afin de tenir compte des facteurs personnels, des normes sociales et des environnements de leurs clients. Les interventions sont adaptées aux facteurs personnels tels que le niveau de scolarité, le statut socio-économique, les ressources personnelles et l'attitude du client. Plus spécifiquement, le langage utilisé correspond au niveau de scolarité du client et les activités proposées à leur statut socio-économique. En réalisant leurs interventions dans l'environnement du client, elles minimisent ainsi l'impact de ces obstacles. Par rapport aux obstacles administratifs tels que la lenteur de la bureaucratie et le manque de ressources financières, les ergothérapeutes se sentent impuissantes. Pour améliorer leurs interventions en éducation à la santé, les ergothérapeutes jugent essentiel d'avoir accès à de la formation continue relativement à l'éducation.

4.2 Prises de position individuelle par rapport au référentiel commun

Dans cette dernière section du chapitre, nous avons exploré une seconde stratégie d'analyse des contenus issus des entrevues. En comparaison avec la première stratégie qui se centrait sur l'analyse des réponses fournies à chacune des questions de l'entrevue et ce, pour l'ensemble des participantes, la présente stratégie concerne l'identification de différents patrons possibles d'éducateur à la santé à partir de l'ensemble des réponses fournies par la participante lors de l'entrevue. Il s'agit ici plus spécifiquement d'extraire du discours d'une participante à partir de l'ensemble

des cognitions évaluées (descriptives, prescriptives et évaluatives) des patrons cohérents qui ultimement permettraient d'identifier des typologies d'ergothérapeutes quant à leur rôle d'éducation à la santé.

L'appendice H présente pour chacune des questions du protocole, les catégories principales et satellites qui ont émergé. Un processus de comparaison de ces catégories (principales et satellites) pour toutes les participantes a mis en évidence quatre groupes qui constituent les prises de position par rapport au référentiel commun. L'appendice I montre un tableau regroupant les participantes sous les quatre prises de position par rapport au référentiel commun et les catégories des cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives qui permettent de les discriminer. Les réponses à certaines questions spécifiques relatives aux différentes cognitions ont permis de discriminer ces typologies. Il s'agit pour les cognitions descriptives, des modèles d'intervention, de la définition de la santé; pour les cognitions prescriptives, des bons coups en éducation à la santé et de la pratique renouvelée de l'ergothérapie; et finalement, pour les cognitions évaluatives, de l'image représentative du rôle d'éducateur à la santé de l'ergothérapeute. Les réponses à ces questions étaient diversifiées et se polarisaient en sous groupes tandis que les réponses aux autres questions (définition de promotion, obstacles, formation en éducation à la santé) étaient très convergentes.

De l'analyse intra participante émergent deux axes.: 1. pragmatique-théorique (centration sur les actions versus les théories) et; 2. accommodatrice-convergente. Ainsi dans le premier axe, « Pragmatique » doit être pris au sens intégral du terme c'est-à-dire quelqu'un qui fonde ses interventions sur l'action, les résultats concrets et l'efficacité. Ces ergothérapeutes ne s'appuient sur aucun modèle d'éducation à la santé ou modèle ergothérapique. La « théorique », par opposition à la « pragmatique », va chercher à moduler ses actions en fonction de la théorie, des données probantes ou en se basant sur les pratiques exemplaires. Pour faire de

l'éducation à la santé, elle s'appuie sur un modèle théorique. Le second axe met surtout l'accent sur la flexibilité ou l'ouverture quant aux actions posées. Ainsi le pôle « Accommodatrice » signifie que l'ergothérapeute peut aller dans différentes directions selon les besoins de la situation et intégrer rapidement de nouvelles idées dans ses interventions. « Convergente » implique que l'ergothérapeute va intégrer de nouvelles idées si elles s'appliquent directement et concrètement à l'intervention ciblée.

Selon leur positionnement sur ces deux axes, quatre types d'éducateur sont identifiés : la pragmatique accommodatrice (« sherpa »); la pragmatique convergente (« guide »); la théorique accommodatrice (« interprète ») et la théorique convergente (« pilote »). La figure 8 illustre les quatre prises de position individuelles des ergothérapeutes. Cette illustration s'inspire du modèle expérientiel de Kolb à la base même du concept de représentations professionnelles. Cette typologie n'a aucun lien avec la qualité des services rendus et l'engagement⁴³ professionnel. De plus, comme il en est pour les styles d'apprentissage, elle ne constitue pas une mesure de rendement. Elle sert à décrire un mode de fonctionnement. Nous décrirons brièvement ces quatre types d'éducateur à la santé.

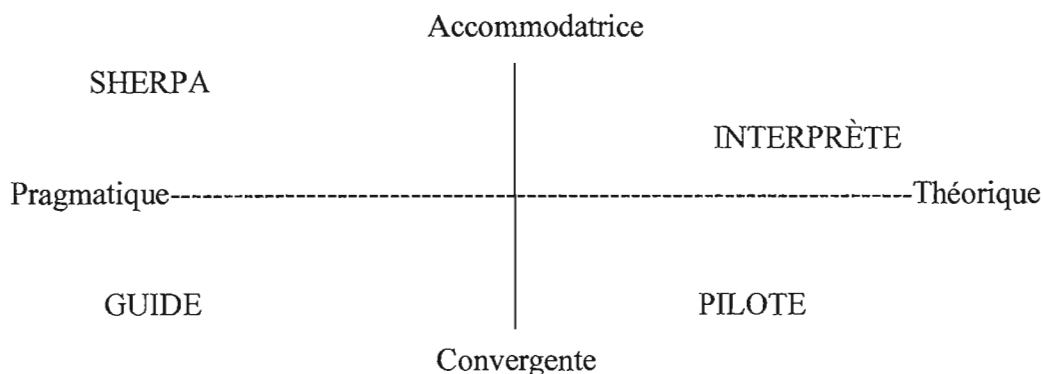


Figure 8 : Prises de position individuelle par rapport au référentiel commun

⁴³ On entend par engagement, l'implication professionnelle dans son milieu de travail.

4.2.1 Pragmatique accommodatrice – « Sherpa »

À l'image du sherpa qui « accompagnent les membres des expéditions alpines sur les sommets de même que les trekkeurs sur les sentiers »⁴⁴, la pragmatique accommodatrice (n=8) s'appuie sur ses connaissances du milieu et sur son expérience. Elle n'utilise aucun modèle formel pour guider ses interventions éducatives. Son modèle d'éducation est expérientiel. Les notions enseignées sont principalement pratiques, « sans contenir beaucoup de concepts, P14SM ». Elle utilise souvent des démonstrations et du matériel concret.

« Si jamais j'ai quelque chose à enseigner, moi je suis pratico-pratique...je vais avoir tendance à soit les mettre en situation, à amener des objets ou à leur donner des exemples concrets pour faire comprendre mon point...je n'amène pas des théories à n'en plus finir parce que j'en ai pas vraiment...Même lorsque je parle à d'autres professionnels. Même si je m'appuie sur la littérature, je demeure concrète...j'amène du matériel » P02M

Les situations d'apprentissage ne sont pas planifiées mais plus fortuites.

« L'éducation se fait beaucoup dans le fil du quotidien. Les gens viennent dans le service des fois quand leurs parents ont des traitements en physiothérapie. Des fois, ils en profitent pour passer nous demander un conseil, ils s'en vont dehors prendre une marche, ils ont un problème avec le fonctionnement de quelque chose ou une interrogation, on les invite à passer. On les rencontre davantage je dirais dans les corridors... On les croise sur les étages » P05MP

L'accent dans sa définition de la santé est mis sur le bien-être. Ces ergothérapeutes travaillent toutes avec une clientèle adulte et enfant très lourde en santé mentale ou physique. Dans ces milieux, le confort revêt une grande importance et signifie qualité de vie.

⁴⁴ Accès : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Sherpa>

« Mon objectif c'est vraiment de travailler avec le personnel pour viser le bien-être de la personne. » P24MP

La pratique renouvelée de la profession est vue comme un déploiement et une diversification des champs d'activité professionnelle ou « secteurs d'activité, P09MP ». L'ergothérapeute se voit devenir un conseiller pour les guider dans leur environnement, leur milieu naturel. Les conseils sont d'ordres variés; achat d'équipement, modification environnementale, stimulation du développement.

« Ce serait un intérêt pour moi d'aller rencontrer différentes populations pour he.... Tu sais ça pourrait être au niveau scolaire aussi pour aller faire de l'enseignement, de la prévention au niveau de la stimulation précoce. » P06DI

Leurs interventions ont pour objectif l'amélioration de la qualité de vie, ce qui est en lien avec leur définition de la santé qui met l'accent sur le bien-être.

C'est dans ce type que se retrouvent les quatre participantes qui ont été incapables de donner une image représentative de la profession, étant plus centrée sur l'action et reconnaissant leur difficulté à conceptualiser. L'une se disant pas très scolaire et une autre, « pas très concept ». L'ergothérapeute avec deux années d'expérience se retrouve dans cette catégorie.

4.2.2 Pragmatique convergente – « Guide »

Tout comme la pragmatique accommodatrice, la pragmatique convergente (n=5) ou guide utilise un modèle expérientiel pour cadrer ses interventions éducatives. Toutefois, elle enseigne des notions théoriques et pratiques.

« Le succès d'une intervention est dans la combinaison de l'enseignement (théorie) puis de l'utilisation de l'équipement (démonstration pratique et essai). » P10MP

Sur le plan théorique, la pragmatique convergente vulgarise les symptômes de la maladie si le manque de connaissances à ce niveau empêche le client d'avancer.

« Faire la différence aussi entre les différents types de démence (...) expliquer pourquoi elle était habillée tout croche. » P17MP

Ses interventions éducatives ont pour objectif principal de guider le patient dans l'apprentissage d'un meilleur fonctionnement afin de le diriger dans ses choix. Ses interventions convergent principalement vers la résolution de problèmes concrets liés au fonctionnement.

« Expliquer aussi la problématique de l'enfant et donner des solutions. » P22M

Les finalités de l'intervention éducative facilitent l'intégration et le maintien dans le milieu de vie des personnes souffrant d'un handicap ainsi que l'acceptation d'un handicap. Pour elles, l'atteinte des objectifs passe par une meilleure compréhension des symptômes, aspect théorique de leur intervention; puis par la résolution de problème, aspect pratique.

L'objectif des interventions est en lien avec l'accent dans sa définition de la santé qui est placé principalement sur la capacité de fonctionner.

Ces ergothérapeutes travaillent dans des milieux plus aigus avec les enfants ce qui les amène à intervenir aussi beaucoup au niveau du positionnement et favoriser l'intégration et le maintien dans le milieu. Par surcroît leur contexte de travail fait en sorte que la pragmatique convergente croit en une pratique collaborative communautaire qui permettra d'atteindre plus efficacement les finalités éducatives.

Leur image représentative de la profession est axée sur le rôle. Elle est ancrée dans l'action.

4.2.3 Théorique accommodatrice - « Interprète »

La théorique accommodatrice (n=9) utilise des modèles ergothérapiques pour cadrer ses interventions éducatives tout en s'appuyant sur leur expérience. Les notions enseignées sont parfois théoriques, parfois pratiques selon les besoins exprimés. En ce sens, elle est accommodatrice même si l'éducation se fait à l'intérieur « de groupes formels, P5 » offerts sur une base régulière pour une période donnée; par exemple « un groupe structuré se déroulant sur 15 semaines, P20MP » ou dans le cadre de « réunions formelles, P18SM ». Les interventions passent par une réflexion, une prise de conscience des valeurs et des activités significatives.

« Une approche milieu de vie (...) basée sur les valeurs de la personne, ses choix, impliquer la famille beaucoup aussi (...) Toute l'expérience, toute l'avantage expérientiel. Mais de partir des expériences de la personne... (...) ça inclut la composante affective, émotionnelle. » P04MP

Sa façon d'intervenir au niveau éducatif ainsi que sa définition de la santé qui est centrée sur la capacité de fonctionner, sur le bien-être et sur le pouvoir d'influencer l'environnement, s'appuient sur des concepts importants dans les modèles ergothérapiques et sur la valeur d'empowerment. Pour ces ergothérapeutes, il est important de donner les outils pour faciliter une auto-prise en charge complète.

Les finalités éducatives sont variées et répondent aux besoins exprimés. Elles cherchent à améliorer la qualité des soins, à maintenir le patient dans son milieu de vie et à l'aider à jouer un rôle actif par l'acceptation de son handicap.

« Ne pas voir son handicap comme étant une fin (...) Mais un début à pouvoir reprendre ses activités, ou à faire des activités qu'on ne pensait pas pouvoir continuer. ...Cela lui a redonné un contrôle sur sa vie (...), dans ses choix d'activités. (...)L'espoir aussi de pouvoir peut-être faire des nouvelles activités aussi. »P11MP

Le matériel éducatif est souvent du matériel de fabrication maison créé pour répondre à des besoins très spécifiques de sa clientèle et conçu dans une philosophie et une approche ergothérapeutiques, qu'ils s'agissent de « pamphlets, P01 MP» ou « de pancartes s'adressant aux intervenants, P04MP»

Sa vision d'une pratique renouvelée s'inscrit dans une pratique collaborative communautaire. Ces ergothérapeutes travaillent souvent comme seule ergothérapeute dans leur milieu ou dans des milieux isolés et sont souvent confrontées au manque d'accessibilité aux ressources.

L'image représentative de la profession est centrée davantage sur le rôle et le processus d'où le terme interprète qui traduit la théorie en un langage simple et accessible au client.

« À l'intérieur du groupe, on révisé avec eux leurs décisions importantes dans leur vie. (...) On essaie de voir si c'est encore une bonne décision, si cela s'applique encore dans leur vie actuellement (...) On leur apprend l'autoréflexion. » P23SM

4.2.4 Théorique convergente - « Pilote »

La théorique convergente (n=2) privilégie le modèle le modèle adopté par l'équipe pour intervenir. Les deux ergothérapeutes qui se retrouvent dans ce type d'éducateur à la santé utilisaient un modèle cognitivo-comportemental. Dans ces modèles, l'enseignement est structuré et organisé pour changer les cognitions dans l'optique d'une transformation du comportement. C'est un enseignement très

organisé. L'ergothérapeute est un pilote qui suit une trajectoire très déterminée. Elle cherche à modifier les perspectives des gens. La participante P14SM venait de s'intégrer à une nouvelle équipe de travail où elle devait utiliser le modèle de l'équipe pour intervenir. Classée au départ comme théorique accommodateur, car dans ses emplois antérieurs, elle utilisait les modèles ergothérapiques, elle était maintenant en période de transition. Elle se questionnait sur son apport spécifique au sein de cette nouvelle équipe de travail. Elle l'entrevoit à l'instar des autres répondants de ce type comme étant l'aspect fonctionnel.

L'accent dans sa définition de la santé est mis sur la capacité de fonctionner en lien avec le modèle utilisé par l'équipe. L'image représentative de la profession est une image axée sur le processus (changement de perspective) ou sur la modalité (stratégies d'intervention). Les interventions éducatives visent le maintien dans le milieu et l'acceptation d'un handicap. Elle est aussi plus familière avec la terminologie relevant du domaine de l'éducation à la santé. La théorie convergente cherche à intégrer des outils valides ou des interventions démontrées efficaces dans sa pratique, même si ceux-ci ne sont pas des outils de la profession. Elle appuie ses interventions sur la théorie et n'hésitera pas à intégrer de nouvelles données si elles permettent d'atteindre le but de l'intervention.

Baignant dans une équipe où un modèle d'intervention est partagé par l'équipe, elle croit essentiel de connaître et d'utiliser des concepts non ergothérapiques pour améliorer l'intervention éducative. Elle souhaite ainsi que la formation initiale des ergothérapeutes soit bonifiée en ce sens. Elle est en faveur de la spécialisation de la profession. L'avenir de la profession est entrevu de façon positive avec un nombre accru de professionnels qui sera formé.

La définition de la santé et l'objectif d'intervention semblent des éléments contextuels tandis que leur façon d'enseigner est reliée davantage aux styles

d'apprentissage. Plus les ergothérapeutes adhèrent à des modèles théoriques, plus leur rôle et leur enseignement sont modulés.

En synthèse, les pragmatiques accommodatrices travaillent avec des clientèles chroniques et mettent l'accent sur le bien-être. Les pragmatiques convergentes interviennent avec des clientèles moins lourdes et ayant un meilleur potentiel de recouvrement. Elles travaillent souvent seules et agissent comme consultante. Pour maintenir un client dans son milieu et y favoriser son retour, leurs interventions sont axées sur la résolution de problèmes concrets. Les théoriques accommodatrices travaillent avec une clientèle très variée. Ainsi, leurs finalités d'intervention sont très diversifiées que ce soit le bien-être ou la capacité de fonctionner. Pour elles, l'acceptation du handicap par le client ou ses proches passent par une approche réflexive et par une compréhension de la théorie. La théorie convergente a une pratique très spécialisée avec une clientèle ciblée. L'intervention suit un cadre théorique et pratique précis.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de documenter les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes quant à leur rôle en éducation à la santé. En conformité avec le stade initial d'avancement des connaissances en ce domaine, une approche qualitative descriptive a été adoptée. En s'inspirant des travaux de Blin (1993), les représentations socioprofessionnelles ont été investiguées sous trois angles principaux soit les connaissances issues de la formation initiale ou continue (cognitions descriptives), par les actions concrètes réalisées en éducation à la santé dans la pratique quotidienne (cognitions prescriptives) et finalement par le regard critique posé sur ces actions et sur les perspectives futures de l'ergothérapie en éducation à la santé (cognitions évaluatives). Les nombreux résultats obtenus seront discutés respectivement en fonction des deux stratégies analytiques utilisées. Ainsi, dans un premier temps, la discussion portera sur le référentiel commun qui se dégage à partir du discours des répondantes pour chacune des cognitions étudiées. Afin d'accéder à un niveau supérieur d'intégration, les résultats seront également discutés quant aux liens existant entre ces cognitions. Plus particulièrement comment les cognitions descriptives des ergothérapeutes interrogées influencent leurs cognitions prescriptives et évaluatives. Dans un deuxième temps, l'accent sera accordé à la stratégie exploratoire adoptée permettant d'identifier certaines prises de position individuelle. Finalement, la discussion fera un bref retour sur les caractéristiques méthodologiques de l'étude afin de mieux circonscrire les résultats obtenus et apporter une interprétation plus nuancée de ceux-ci.

5.1 Référentiel commun

5.1.1 Cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives

Selon Blin (1993), les **cognitions descriptives** constituent une première porte d'entrée pour documenter les représentations socioprofessionnelles quant à un objet d'étude donné (l'éducation à la santé). Elles concernent les connaissances dont celles issues principalement du programme de formation initiale. Les résultats obtenus sont intéressants à plusieurs égards. Ainsi, de façon quasi-unanime, les répondantes définissent le concept plus global de la « santé » selon un modèle non-biomédical en se centrant sur le bien-être et l'équilibre. Cette définition plus complexe qui rejoint celle proposée par Labonte (1993), s'inscrit en conformité avec l'ergothérapie qui n'opère pas dans un mode curatif où l'on guérit mais où on apprend aux gens à vivre avec leur handicap. Il est toutefois surprenant de noter chez les ergothérapeutes interrogées, la difficulté à opérationnaliser les notions de bien-être et d'équilibre de leur définition. Pourtant, une valeur à la base de la profession est que l'occupation contribue à la santé (Wilcock, 2006). De plus, elles précisent que les concepts utiles en éducation à la santé sont des concepts ergothérapiques tels que les activités significatives, la participation et l'autonomie. Ces divers éléments conceptuels ne se retrouvent cependant pas dans le référentiel commun de la définition de la santé des ergothérapeutes. Ce premier constat nous amène à nous interroger sur la difficulté à analyser leur discours à travers un paradigme de santé.

Dans l'ensemble, les résultats portant de façon plus spécifique sur l'éducation à la santé démontrent des connaissances moindres, fragmentaires et dans certains cas, erronées. D'entrée de jeu, les ergothérapeutes mentionnent ne pas avoir reçu de formation en ce domaine (initiale ou continue). L'analyse des programmes de formation confirme que peu de formations en éducation à la santé sont offertes aux ergothérapeutes. Il n'est ainsi guère surprenant que les modèles en éducation à la santé identifiés soient plutôt expérientiels ou un modèle préconisé au sein de l'équipe.

Quelques participantes ont précisé des éléments relatifs aux modèles individuels ou populationnels présentés dans le cadre conceptuel de cette thèse. Enfin, même si leurs interventions éducatives s'adressent aux clients mais aussi aux personnes significatives de l'entourage entrant ainsi dans un mode de prévention, leur discours révèle que les connaissances des termes promotion et prévention de la santé relèvent davantage du savoir commun que d'un savoir professionnel. Les interventions de promotion de la santé sont difficiles à identifier. Les données de cette étude nous laisse croire que leurs représentations à ce sujet s'apparentent à des représentations sociales; la promotion de la santé pour plusieurs se résumait aux campagnes anti-tabac. Le manque de référents théoriques sur ce plan pourrait induire les ergothérapeutes à occulter cet aspect de leur travail. En résumé, les ergothérapeutes ne semblent pas posséder le langage utilisé par les autres professionnels en santé publique. Dans son discours d'honneur du Congrès 2004 de l'ACE, Wilcock (2004) mentionnait que « le dialogue permet de constater que le langage professionnel peut être un obstacle au changement ». Ainsi, elles omettent d'identifier, à tout le moins sur le plan de leurs discours, des facteurs essentiels tels que la perception du contrôle comportemental et l'évaluation de la retombée des comportements que l'on retrouve dans plusieurs modèles d'éducation, actuellement utilisés par divers professionnels de la santé.

Un contraste important est observé lorsque les répondantes sont questionnées sur les actions concrètes qu'elles réalisent en éducation à la santé. L'accès aux **cognitions prescriptives** vient ici enrichir les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes. Malgré la quasi-absence de formation en éducation à la santé et la rareté du matériel éducatif disponible, des exemples diversifiés issus de la pratique témoignent d'activités de prévention (surtout secondaire et tertiaire) et de promotion. Les mentions relatives à « l'intégration sociale, la pratique communautaire et collaborative ainsi que la stimulation et le dépistage précoce » illustrent cette diversité d'actions qui couvrent un continuum élargi d'interventions allant de la

prévention à la promotion. L'intérêt d'investir davantage dans le domaine de l'éducation à la santé se reflète également dans la pratique renouvelée⁴⁵ (si les contraintes administratives et organisationnelles de leur milieu n'existaient plus), où l'occupation est centrale, tout comme la pratique communautaire et collaborative. Cette vision concorde avec les valeurs d'empowerment soit d'aider les personnes à reprendre leur vie en main et à être membre à part entière de la communauté. Toutefois, elle se situe au niveau du souhait. Les visions sont exprimées en termes de désir et non d'action.

Le dernier angle d'études des représentations socioprofessionnelles proposé par Blin porte sur les **cognitions évaluatives** soit le regard critique que l'ergothérapeute porte sur ses actions ou sur les perspectives futures de cette profession dans le domaine de l'éducation à la santé. Les résultats obtenus démontrent une image plutôt négative de la situation actuelle où de nombreux obstacles sont identifiés (opérationnel, éducatif et administratif). Ce constat est en grande partie attribuable au contexte socioéconomique et au vieillissement de la population qui exercent une pression importante sur le système de santé entraînant de façon inévitable certaines résistances aux changements alors que ceux-ci sont incontournables (Trudel, 2004). Pour qu'il y ait changement, les acteurs doivent avoir le pouvoir d'agir et les ergothérapeutes doivent être elles-mêmes outillées pour contribuer efficacement au modelage de leur rôle d'éducateur à la santé. Il est intéressant ici de noter que parmi les bons coups, une des participantes mentionnait faire valoir la profession.

Il s'avère pertinent de préciser que certains obstacles identifiés relevaient, de façon plus spécifique, du domaine éducatif. Ainsi le manque de formation en éducation à la santé perçu par certaines participantes pouvait limiter leur capacité à s'impliquer

⁴⁵ Contenus différents des cognitions évaluatives où on aborde la vision future de l'ergothérapeute en éducation à la santé.

dans une prévention primaire malgré une vision future où le rôle de consultant et le volet préventif gagneront en importance.

Le regard négatif posé sur la situation actuelle est toutefois jumelé à une vision future positive de l'ergothérapie en éducation à la santé. Le vieillissement de la population aura cet effet d'accroître le rôle de l'ergothérapeute mais aussi une diversité des clientèles (p.ex. santé mentale, enfance) et des milieux (actions touchant le milieu naturel). De façon paradoxale, cette diversification se traduira par une spécialisation.

5.1.2 Liens entre les cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives

Au-delà du référentiel commun associé à chacune des cognitions investiguées dans cette étude, il s'avère pertinent de tracer les liens qui unissent ces cognitions. Ce niveau d'intégration supérieur permet de mieux refléter la richesse des représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes quant à leur rôle en éducation à la santé. De nombreux appuis témoignent de l'influence des cognitions descriptives sur les cognitions prescriptives. La définition du concept de santé donnée par les ergothérapeutes présente des similitudes avec celles proposées par les sciences de l'occupation⁴⁶ et de l'OMS (1986). L'étude des différentes modélisations du concept de santé pourrait faciliter la représentation des interventions éducatives de l'ergothérapeute ayant pour objectif la promotion de l'occupation dans une optique d'éducation à la santé. Elle aiderait à légitimer leurs interventions et pourrait, comme résultante, en faciliter leur documentation au dossier. Par exemple, si « être en santé signifie éprouver un sentiment de bien-être et de satisfaction grâce à participation à des occupations », les interventions éducatives qui facilitent l'occupation serait envisagée comme des interventions d'éducation à la santé.

⁴⁶ Bien que certains prétendent que l'ergothérapeute est une scientifique de l'occupation, l'ergothérapie est une profession différente de la discipline appelée sciences de l'occupation, (Davis, 2004). Il n'en demeure pas moins que les recherches en sciences de l'occupation alimentent la pratique de l'ergothérapie (Wilcock, 2006). La discipline des sciences de l'occupation est née à la fin des années 80 à l'Université Southern California (Yerxa, Clark, Frank, Parham et Pierce, 1989).

Cette étude renforce l'idée que la connaissance de concepts liés à des modèles en éducation à la santé s'est avérée utile dans la pratique ergothérapique. Des ergothérapeutes évoluant au sein d'équipe multidisciplinaire où un seul modèle d'intervention était utilisé et adopté par tous les professionnels ont appris d'autres concepts non ergothérapiques comme le sentiment d'efficacité personnelle de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1980), concept qui a d'ailleurs été repris dans plusieurs modèles d'éducation à la santé. Elles croient que ce concept a enrichi leurs pratiques. Townsend et coll. (2007c) affirment que les nombreux modèles de changement peuvent être utiles pour guider la promotion de l'occupation. Ces modèles de changement sont des modèles d'éducation à la santé. Comme le souligne Levasseur, St-Cyr Tribble et Desrosiers (2004), si les ergothérapeutes veulent améliorer la qualité de vie, elles doivent avoir recours aux modèles de promotion et d'éducation à la santé pour redonner un contrôle aux clients sur leur vie ce qui leur permettra ainsi de mieux comprendre et d'agir sur l'intention du client à adopter un comportement dont ceux liés à l'occupation.

Ces modèles pourraient également être utiles pour l'avancement des connaissances et de la recherche en servant de cadre théorique pour comprendre des problématiques de la clientèle, à savoir la non-observance des aides recommandées. Dans une recherche menée par Dumont, Gervais, Fougeyrollas et Bertrand (2005) auprès de 53 adultes qui ont subi un traumatisme crânien cérébral entre les années 1995 et 2000 et qui vivent dans leur milieu naturel, il a été démontré que la perception d'efficacité personnelle explique 40 % de la variance de la participation sociale. Selon les auteurs, cette association suggère que la théorie sociale cognitive peut constituer un modèle de référence pour l'ergothérapeute œuvrant auprès de cette clientèle.

Pour les ergothérapeutes, l'accès à des modèles de référence en éducation de la santé et déjà utilisés par d'autres professionnels de la santé viendrait enrichir leurs savoirs et leurs compétences. Par exemple, un discours sous-tendu par le modèle de

promotion de la santé de la population amènerait les ergothérapeutes à s'exprimer en fonction des déterminants de la santé. Ainsi, tels que décrit dans la présente étude, les ergothérapeutes pourraient dire et agir sur certains déterminants de la santé comme les environnements, le développement sain de la petite enfance et les conditions d'emploi et qu'elle contribue à « renforcer l'action communautaire ». Une étude doctorale récente (Vallée, 2007) sur la réinsertion au travail des personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères démontrait clairement que ces personnes œuvraient dans des secteurs secondaires où les mesures de soutien et d'adaptation aux employés étaient rares. Les modèles populationnels de promotion de la santé s'avèreraient efficaces et applicables pour moduler le travail des ergothérapeutes qui pourraient agir, entre autres, sur l'environnement de travail et l'environnement social (les préjugés). Les réponses émises lors de la question sur le renouvellement de la pratique nous amène aussi à penser à une difficulté de sortir des cadres traditionnels puisque les réponses données font partie des grandes perspectives de développement déjà connues et des initiatives déjà amorcées depuis les années 90 (Williams et coll., 2004).

Comme le soulignent Jourdan et Berger (2005), faire de l'éducation à la santé en ignorant les divers modèles rend le professionnel peu critique de sa propre pratique. À l'opposé, ne posséder qu'un « référent » théorique, c'est-à-dire n'appliquer qu'un seul modèle, est réducteur surtout lorsque l'on considère les clientèles multiples ou les milieux diversifiés dans lesquelles elles interviennent.

Par un processus de construction, cette étude sur les représentations socioprofessionnelles a amené chaque participante à mettre en mots ses savoirs, ses actions ainsi que leur évaluation pour pouvoir les recadrer à la lumière de nouveaux concepts (Jonnaert, Barrette, Boufrahi et Masciotta, 2004). Les participantes sont graduellement passées d'un état avoué de non connaissance à un état de conscience d'un savoir pertinent et compatible avec les modèles en éducation à la santé. Plus

l'entrevue se déroulait, plus les réponses étaient riches. En d'autres mots, le processus de recherche a permis, d'une part, aux participantes de se représenter leurs interventions dans un contexte d'éducation à la santé. D'autre part, l'étude a mis en évidence des lacunes dans la formation des ergothérapeutes qui rendent difficiles la mise en mots de leurs interventions et interfèrent avec leur capacité de rendre compte de leurs actions. Entre autres, les ergothérapeutes parlent de motivation comme d'un obstacle alors qu'il s'agit peut-être d'attitude, de normes ou encore de contrôle perçu (voir les modèles individuels d'éducation à la santé présentés à la section 2.5.1). Une connaissance des modèles faciliterait la planification des interventions et leurs réalisations ainsi que la reddition de celles-ci.

5.2 Prises de position individuelle

Au-delà du référentiel commun issu des diverses cognitions étudiées, nous étions intéressés à vérifier s'il existait certaines prises de position individuelle. Cette approche nécessite un certain recul de la part du chercheur de manière à extraire, de l'ensemble du discours d'un répondant à différentes questions, des axes permettant d'identifier des typologies d'éducateur à la santé. Il faut être prudent quant à l'interprétation de ces résultats prenant en considération le nombre peu élevé de répondantes. De plus, nous avons choisi les contenus relatifs aux questions où il existait une plus grande variation dans le discours des ergothérapeutes. Les données socioprofessionnelles ont également été intégrées à ces analyses. Deux axes principaux se détachaient des analyses de contenu soit : pragmatique – théorique ; accommodatrice–convergente permettant l'identification de quatre prises de position individuelle. Des axes similaires ont également été décrits dans d'autres modèles comme celui de Kolb (1984) reflétant ainsi des dimensions saillantes de la pratique professionnelle. Le choix de structurer l'entrevue en fonction des cognitions descriptives et prescriptives a sûrement contribuer à faire ressortir davantage ces axes.

En comparaison au référentiel commun, les résultats obtenus sur l'axe accommodatrice-convergente pour les différentes prises de position semblent dus principalement au contexte de soins. Dans le cadre de recherches ultérieures, il serait intéressant de mieux documenter ces caractéristiques afin de vérifier les différents ancrages de ces quatre prises de position. Les prises de position sont-elles en lien avec des croyances personnelles ou le contexte tel que le cheminement de carrière? Un exemple qui illustre l'influence exercée par le contexte des soins est donné par certaines ergothérapeutes. Les accommodatrices qu'elles soient théoriques ou pratiques mettent l'accent sur le bien-être dans la définition de la santé pratiquant dans des milieux de soins de longue durée et en soins terminaux. Comme il s'agit de personnes dont les capacités fonctionnelles se détériorent de façon graduelle, le confort revêt une importance cruciale et est considéré comme un besoin de base essentiel.

Au-delà du contexte de soins, certaines caractéristiques des ergothérapeutes pourraient expliquer le regroupement dans les différentes positions individuelles. L'axe théorique-pratique apparaît davantage relié aux styles d'apprentissage. Les deux participantes qui avaient amorcé leurs études de deuxième cycle se retrouvent dans l'axe théorique. On peut alors s'interroger sur le lien entre leurs études et le fait qu'elles privilégient une approche théorique. Les études de deuxième cycle accentuent l'utilisation et l'intégration de notions théoriques. Ces deux personnes ont-elles décidé de poursuivre leurs études à la maîtrise pour répondre à leurs besoins et leurs styles d'interventions? L'ergothérapeute ayant deux années d'expérience se retrouve dans le type pragmatique. Est-ce en lien avec la théorie sur l'identité professionnelle (Ndoreraho et Martineau, 2006) qui stipule qu'après deux années d'expérience, celle-ci ne serait pas encore forgée d'où l'emploi de modèle expérientiel ou est-ce dû à des caractéristiques personnelles? D'autre part, à l'exception d'une participante, toutes les ergothérapeutes se retrouvant dans l'axe théorique ont entre cinq et neuf années d'expérience. Cette prédisposition vers un

enseignement théorique est peut-être en lien avec la formation en ergothérapie qui a grandement évolué depuis les dix dernières années. En effet, des modèles ergothérapiques ont vu le jour et la pratique factuelle fait partie intégrante des programmes de formation développant ainsi des compétences en recherche. En tout dernier lieu, le genre ne semble pas avoir d'effet sur les prises de position individuelle. Les participants de sexe masculin sont répartis également dans les quatre types.

5.3 Considérations méthodologiques

Afin de bien circonscrire les résultats obtenus et nuancer l'interprétation qui en est donnée, il est pertinent de préciser les limites inhérentes à cette étude. À cet égard, il est important de rappeler que les représentations socioprofessionnelles portent sur un des rôles des ergothérapeutes, celui d'éducateur à la santé. Dans leur quotidien et selon les données socioprofessionnelles obtenues, les ergothérapeutes adoptent également le rôle d'évaluateur, de thérapeute et de consultant. De plus, les résultats se limitent à la pratique de l'ergothérapie au Québec. Cependant on pourrait s'attendre à ce que ces résultats s'appliquent également à l'exercice de l'ergothérapie au Canada puisque tous les programmes de formation doivent être accrédités par l'Association canadienne des ergothérapeutes et que les environnements social et politique soient sensiblement les mêmes pour toutes les ergothérapeutes pratiquant au Canada. La participation à l'étude étant volontaire, on peut penser que les participantes étaient déjà motivées par la thématique ou adoptaient déjà, dans leur quotidien, certaines pratiques liées à l'éducation à la santé.

Une approche qualitative a été utilisée dans cette thèse pour explorer et décrire les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes. Nous avons cependant opté pour une entrevue plus structurée. Au lieu de demander de décrire de façon libre le rôle d'éducateur à la santé, le point de départ était la définition du concept de santé. Cette façon de faire tenait compte du fait que la chercheuse principale connaissait bien la formation des ergothérapeutes et savait à priori qu'une approche structurée

s'avérait nécessaire puisque le langage de santé publique ferait obstacle à l'émergence de données. En effet, en début d'entrevue, les participantes avaient de la difficulté à cadrer leurs interventions éducatives dans un contexte d'éducation à la santé. Certaines exprimaient un malaise et une incompréhension du terme « éducation à la santé ». D'autres participantes disaient informer les patients sur leur pathologie et l'impact de celle-ci sur le fonctionnement quotidien mais avaient de la difficulté à mettre en lien, de façon spontanée, cette activité professionnelle comme étant de l'éducation à la santé. Toutefois, les ergothérapeutes reconnaissaient comme valable l'intervention, car elles permettaient aux patients de progresser dans leur plan de traitement. Elles se questionnaient sur leur rôle à cet égard, le temps pris pour faire cet acte et ne se sentaient pas confortables à le documenter.

La précision de leurs représentations de la santé a facilité le cadrage de leurs interventions dans une optique d'éducation à la santé. Peu de participantes ont affirmé avoir des formations relatives à l'éducation à la santé lors du questionnaire alors que, durant l'entrevue, plusieurs se sont ravisées et ont mentionné les formations PDSB et celle donnée par la Société de l'arthrite.

L'utilisation du discours organisée autour des représentations socioprofessionnelles comme collecte de données a permis d'obtenir un spectre plus large de données que l'observation des interventions ne l'aurait fait. Toutefois, le questionnaire pré entrevue qui visait à recueillir des données socioprofessionnelles aurait pu être bonifié par l'ajout de questions sur la définition de concepts. L'exploration des représentations socioprofessionnelles aurait été dès lors amorcée. Ainsi, les réponses écrites auraient offert la possibilité d'être utilisées pour enrichir les réponses verbales puisque la définition des concepts est importante et peut avoir un impact sur la vision de son rôle et par ricochet sur les objectifs de traitement (Levasseur, St-Cyr Tribble et Desrosiers, 2004).

CONCLUSION

Un contexte socioéconomique difficile jumelé au phénomène du vieillissement de la population autant de facteurs qui contribuent à mettre à dure épreuve notre système de santé. Nous sommes tous interpellés en adoptant, entre autres, des habitudes de vie saines. Les nombreux professionnels de la santé provenant de divers champs disciplinaires sont invités à cet appel par des actions de promotion et de prévention qui visent l'éducation à la santé. Les ergothérapeutes peuvent à cet égard jouer un rôle important bien que ce domaine demeure encore peu exploré sur le plan empirique. Afin de pallier cette lacune, la présente recherche avait pour objectif de décrire les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé. Les résultats obtenus témoignent de l'adéquation de l'approche qualitative descriptive adoptée. Nous aborderons ainsi les principales contributions de cette étude. Nous terminerons en proposant des avenues prometteuses de recherche et de formation.

6.1 Contributions

La contribution de cette thèse aux sciences de l'éducation et aux sciences de la santé se situe sur plusieurs plans. Nous aborderons ces apports sur les plans conceptuel, théorique, méthodologique et pratique.

Au niveau conceptuel, la recherche a démontré comment le concept de représentations sociales dans divers contextes aidait à enrichir les connaissances pour bonifier les programmes éducatifs en santé; qu'ils s'agissent des études déjà rapportées dans le cadre conceptuel (Le Cren, 2002, Provencher, 1993) ou d'autre étude comme celle de Dufort, St-Laurent, Guilbert et Boucher (2006) sur les représentations de la grossesse chez les adolescents. Une meilleure compréhension des représentations sociales quant à un objet particulier permet de moduler les

programmes éducatifs en fonction des connaissances, des valeurs et des opinions de la population ciblée. Les écrits scientifiques tentent aussi de démontrer que le processus de professionnalisation est un processus de transformation des représentations sociales qui s'inscrit dans un contexte particulier (Lac et Ratineaud, 2005). Ainsi, pour étudier un rôle professionnel particulier, ce concept est intéressant puisqu'il tient compte de l'environnement professionnel, de la formation initiale et expérientielle ainsi que du contexte organisationnel. Il permet de comprendre comment les connaissances, les croyances et les visions professionnelles façonnent un rôle particulier. Il devient un outil de formation qui permet de moduler la formation de ces dits professionnels. En conformité avec ses écrits, le cadre conceptuel adopté dans la présente étude qui s'inspirait des travaux de Blin (1997a, 1997b) a été particulièrement utile. Cet auteur met en lien les représentations d'un groupe professionnel, les pratiques et l'identité. Il a qualifié ce type de représentations sociales de « représentations professionnelles ». Dans la présente étude, ce type de représentations sociales a été renommé « représentations socioprofessionnelles » mettant en avant-plan les ancrages théoriques et sociaux du concept que sont le processus de professionnalisation par le biais de la formation initiale et de la pratique ainsi que le contexte dans le quel se processus prend place.

Cette étude a également fait ressortir la centralité du concept de santé. Elle appuie le constat de Le Cren (2002). Dans son étude sur les représentations sociales de l'activité physique chez un groupe de personnes âgées, il concluait qu'approfondir le sens du concept de santé conduit à bien cerner les représentations sociales en éducation à la santé. Ce concept est déterminant dans toute étude relative à l'éducation à la santé. Il doit être étudié en profondeur afin de comprendre la dynamique de l'apprenant ou de l'intervenant pour ainsi adapter l'intervention éducative.

Comme retombée sur le plan de l'intervention éducative, cette étude fournit des balises pour le développement d'une formation continue pour permettre aux ergothérapeutes d'appliquer des approches éducatives à la santé déjà utilisées par d'autres professionnels. Le programme de formation continue s'inscrit dans une pratique réflexive où l'intervenant se questionne sur son mode de fonctionnement, à partir de ses représentations et co-construit de nouvelles représentations afin de renouveler sa pratique.

Sur le plan social, cette étude démontre une lacune entre les attentes sociétales de prise en charge des individus par rapport à leur santé et la préparation des ergothérapeutes à remplir leur rôle social d'éducateur à la santé. Les données issues de cette recherche renforcent la position de Filiatrault et Richard (2005) concernant les milieux universitaires et les organismes impliqués dans la formation continue pour accorder davantage de place à l'enseignement des modèles individuels et populationnels d'éducation à la santé. Cet enseignement permettrait aux ergothérapeutes de s'approprier un langage commun avec les intervenants de la santé avec lesquels ils sont amenés à travailler.

Au point de vue de recherches futures, les représentations socioprofessionnelles constituent un concept théorique intéressant pour comprendre un enjeu professionnel important et peu documenté. Les données issues de cette étude peuvent aussi devenir la pierre angulaire de recherches qu'elles soient évaluatives ou des recherches-action sur le rôle des ergothérapeutes en éducation et les retombées de leurs interventions.

Sur le plan méthodologique, la méthode d'analyse utilisée est crédible pour étudier un phénomène complexe et peu documenté. Elle est suffisamment souple pour permettre au chercheur d'y insuffler ses réflexions et ses prises de conscience. L'entrevue semi-

dirigée est une modalité de collecte de données appropriée pour explorer les représentations sociales et socioprofessionnelles, lorsque ces dernières sont peu documentées.

Le processus de recherche qualitative permet de mettre en mots des actes et des faits pour en tirer des données qui serviront à dégager les différentes pratiques ou à faciliter la pratique réflexive comme dans la présente étude. La dualité ergothérapeute et chercheuse permet de se positionner dans les deux rôles et d'être un pont entre la pratique et la recherche, c'est-à-dire un élément facilitant pour le transfert des connaissances. De par une position de chercheuse ergothérapeute, une recension des écrits et une connaissance du milieu de pratique permettent d'ancrer la recherche dans un contexte donné car le langage professionnel est connu et le chercheur est conscient des nouveaux concepts qu'elle introduit. Cette position force le recul par rapport à l'intervention et la relation thérapeutique et est soutenue par la tenue du journal de bord. La position de clinicienne permet de comprendre le travail et les contraintes auxquelles sont confrontées quotidiennement les ergothérapeutes.

6.2 Avenues prometteuses de recherche et de formation

À partir des données issues de cette recherche, il serait possible de bâtir un questionnaire avec choix de réponses où un plus grand nombre de participantes seraient sollicitées et pourraient corroborer les résultats. La redéfinition du rôle des ergothérapeutes en éducation à la santé est encore à être peaufinée. L'utilisation de *focus group* comme outil principal de collecte de données (Dufort, St-Laurent, Guilbert et Boucher, 2006) aurait intensifié une dimension à la recherche en permettant un constructivisme social. Le socioconstructivisme insiste sur le rôle essentiel des interactions sociales pour bâtir des connaissances (Merriam et Caffarella, 1999). Le *focus group* pourrait être utilisé pour mettre ensemble des intervenants et des chercheurs. Les représentations du rôle en éducation à la santé auraient été le fruit

d'un processus de construction collectif plutôt qu'un processus de construction personnelle.

Cette étude nous permet de documenter le rôle d'éducateur à la santé. Elle constitue une amorce de réflexion pour les ergothérapeutes. Ces réflexions pourraient conduire à de la formation et de la recherche-action. La recherche-action ne se distingue pas des autres types de recherche par des techniques ou des méthodes spécifiques (Dolbec et Clément, 2000). La recherche-action se caractérise plutôt par un effort constant de relier et de mener en même temps action et réflexion, de réfléchir sur son action en vue de l'améliorer et d'agir en s'observant dans le but de développer son savoir (Dolbec, 1997: 487). La recherche-action permettrait d'agir sur un aspect du rôle de l'ergothérapeute.

Aux critères méthodologiques s'ajoutent des critères relationnels qui expriment le caractère constructiviste et dynamique de l'approche qualitative (Savoie-Zajc, 2000 cité par Gohier). Au point de vue ontologique, les participantes de cette étude ont élargi leurs connaissances sur un phénomène. Au fur et mesure que les entrevues se déroulaient, chaque participante démontrait une construction personnelle de sa pensée grâce aux questions qui lui étaient posées.

Sur le plan de la formation, l'avancement rapide des connaissances et l'évolution sociétale soulèvent un questionnement sur les modalités d'enseignement en formation initiale et en formation continue. Les méthodes d'enseignement doivent être suffisamment souples pour y permettre d'introduire rapidement de nouvelles données et favoriser la réflexion sur leur intégration dans la pratique. Selon Scriven et Atwall (2004), les ergothérapeutes devraient se familiariser très tôt dans leur formation initiale avec les modèles d'éducation à la santé. En effet, cette formation devrait être

au programme initial de formation des ergothérapeutes comme pour certains professionnels de la santé dont les infirmières, en plus d'être temporairement offerte en formation continue le temps que les nouvelles diplômées arrivent sur le marché du travail formées adéquatement en éducation à la santé selon leur rôle. Pour les ergothérapeutes déjà sur le marché du travail, la formation continue spécialisée en éducation à la santé leur permettrait de mettre à jour leurs connaissances. Étant donné les obstacles mis énoncés par les participantes dans la présente étude, la formation devrait être souple et accessible sur le plan de l'investissement de temps et de son mode de livraison.

La formation continue qui s'appuie sur les postulats de l'andragogie (Knowles, 1968) met en avant-plan que l'apprentissage adulte doit être lié au développement du rôle professionnel et être centré sur la résolution de tâches liées à ce rôle. Dans le contexte actuel, le déroulement et le contenu de la formation continue en éducation à la santé pourraient être soutenus par le cadre conceptuel et la méthodologie de la présente étude, respectant les principes de l'andragogie. La formation pourrait reprendre le protocole de recherche de façon plus systématique ce qui signifie que le plan de la formation suscite l'émergence des cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives. La formation continue pourrait aussi avoir comme point de départ les prises de position individuelle. Dans ce type de formation, le formateur aurait un rôle de médiateur, d'animateur et de facilitateur entre les participantes. Il serait responsable d'aller chercher le vécu des apprenants (Dumas, 1999) et de faire les liens avec la théorie existante.

De façon concrète, le déroulement de la formation pourrait se faire en cinq temps et se moduler sur le processus de la présente étude: 1. activité de familiarisation et de questionnements; 2. émergence des cognitions descriptives; 3. prescriptives et; 4. évaluatives ainsi que 5. prise de position par rapport au référentiel commun. En premier lieu, du temps pourrait être alloué pour que les participantes apprennent à se

connaître et se familiarisent avec les divers milieux de pratiques. Par la suite, les participantes pourraient décrire leurs fonctions avec une attention particulière sur leur fonction d'éducateur à la santé. Deuxièmement, les participantes pourraient ensuite être amenées à faire émerger leurs cognitions descriptives. Pour favoriser la construction de connaissances, ils devront mettre en lien leurs représentations et les modèles retrouvés dans les écrits scientifiques. Dans un troisième temps, la formation pourrait se centrer sur les cognitions prescriptives. Les participantes pourraient décrire leurs interventions à la lumière des modèles d'éducation à la santé connus. Quatrièmement, la formation pourrait aborder les cognitions évaluatives des ergothérapeutes et comment les nouvelles connaissances acquises s'articulent dans leurs visions de la profession. Finalement, les participantes pourraient se positionner par rapport au référentiel commun et établir des objectifs personnels de formation. Par exemple, les pragmatiques pourraient avoir l'intégration et l'application d'un modèle dans leur pratique.

Les participantes, tout comme un chercheur, pourraient être invités à tenir un journal de bord pour faciliter la réflexion. Ils y noteraient leurs questions, leurs prises de conscience, leurs émotions et toutes les évocations que la formation aurait suscitées. Il pourrait y être consigné quel apprentissage a été le plus significatif, comment cet apprentissage s'intègre aux autres connaissances professionnelles et comment il s'applique dans leur pratique au quotidien.

En terminant, les contributions de cette thèse sont d'ordres théorique, clinique, éducatif et méthodologique. D'un point de vue théorique, cette étude met au cœur des recherches en éducation à la santé le concept de santé et a précisé le concept de représentations professionnelles. Quant à l'aspect clinique, l'étude a permis de comprendre l'utilité d'apprendre des modèles éducatifs à la santé déjà utilisés par d'autres professionnels de la santé. Sur le plan éducatif, elle a permis de faire émerger

un cadre éducatif pour la formation continue. Les lacunes dans la formation des ergothérapeutes interpellent les milieux éducatifs à agir pour former des professionnels capables de répondre aux besoins de la société. Sur le plan méthodologique, cette étude jette un éclairage sur la dualité de chercheuse et d'ergothérapeute qui facilite le processus de transfert des connaissances et l'émergence de données par une compréhension du cadre de pratique de la profession en posant les questions dans un langage compréhensible et accessible aux participantes et en y introduisant graduellement les concepts nouveaux.

Les résultats de cette étude permettent de recadrer des interventions réalisées par des ergothérapeutes dans différents contextes de soins. Durant le processus de recherche, des ergothérapeutes se sont spontanément appropriées un langage éducatif pour nommer leurs interventions. Les résultats permettent aux ergothérapeutes de situer certaines interventions jugées essentielles au succès du traitement dans un schème de référence éducatif.

La fragilité de l'intervention peut être illustrée comme une glace mince. Les clients ont des besoins, ils formulent des demandes et l'intervention est donnée lorsque cela est possible. Si on veut renforcer la glace, il faut arroser de la bonne façon et au bon moment. Pour arriver à faire cette tâche, les ergothérapeutes doivent connaître les modèles d'éducation à la santé et être conscientes de leur façon d'interagir. Ainsi, l'ergothérapeute prendra du recul et aura une analyse critique afin de porter un regard encore plus approfondi car son expertise est déjà manifeste en ce qui a trait à certains déterminants de la santé tels que l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de vie et la capacité d'adaptation personnelle ainsi que le développement de la petite enfance.

RÉFÉRENCES

- Abrieu, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Agence de la santé publique du Canada. (1997). *La promotion de la santé au Canada. Étude de cas*. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/hprptf.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2001). *Pour une compréhension commune : clarification des concepts clés de la santé des populations*. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/commune/f_reference.html.
- Agence de santé publique du Canada. (2003). *La santé de la population*. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/phsp/ddsp/determinants/index.html>
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago (III): Dorsey.
- Alewijnse, D. Mesters, I. Metsemakers, J. Adriaans J. et van den Borne B. (2001). Predictors of intention to adhere to physiotherapy among women with urinary incontinence. *Health Education Research*, 16, 2, 173-186.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2008). *Site Internet de l'Association canadienne des ergothérapeutes*. Accès : http://www.caot.ca/default_new.asp?&francais=1
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie/rédaction et recherche*. Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.
- Association canadienne de physiothérapie. (2000). *Description de la physiothérapie au Canada : en 2000 et au-delà*. Toronto : Association canadienne de physiothérapie.
- Association paritaire pour la santé et sécurité du travail du secteur des affaires sociales du gouvernement du Québec. (2006). *Le partenariat du programme PDSB* (ASSTSAS - ministère de l'Éducation - maisons d'enseignements publiques du Québec). Accès : <http://www.eprp-france.com/quebec/actes/tr21.htm>

- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Traduit par Rondal, J.-A. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Bataille, M. (2000). Représentation, implicitation et implication: des représentations sociales aux représentations professionnelles. Dans G. Garnier et M.-L. Rouquette (Dir.), *Représentations sociales et éducation* (p.165-189). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Bataille, M., Blin, J.-F., Jacquet-Mias, C. et Piasser, A. (1997). Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles. *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, 57-89.
- Becker, M.H. (1974). *The Health belief model and personal health behavior*. Thorofare : Slack.
- Blin, J.-F. (1997a). Les représentations professionnelles: un outil d'analyse du travail. *Éducation permanente*, 134:3, 159-171.
- Blin, J.-F. (1997b). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Montréal-Paris: L'Hamerttan.
- Bloomer, J. (1996). Clinical interpretation of 'occupational therapy students' perspectives on occupation as an agent that promotes healthful lifestyles'. *The American Journal of Occupational Therapy*, 50, 842-843.
- Califano, J.R. (1987). America's health care revolution: Health promotion and disease prevention. *Journal of the American dietetic Association*, 87, 182-187.
- Campbell, C. (2001). *Health education behavior models and theories: a review of the literature*. art 1. Mississippi State University Extension. Accès: <http://msucares.com/health/health/appa1.htm>
- Caraher, M. (1994). A sociological approach to health promotion nurses in an institutional setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 544-551.
- Chevrier, J., Fortin, G., Leblanc, R. et Théberge, M. (2000). Le LSQ-Fa : une version française abrégée de l'instrument des styles d'apprentissage de Honey et Mumford. *Éducation et francophonie*. Accès : <http://www.acelf.ca/c/revue/revuehtml/28-1/07-chevrier.html>
- Clément, J. (2002). Le questionnaire et l'équilibre de soi. *Le Point en Administration Scolaire*, 4, 4, 7-10.

- Cockburn, L. et Trentham, B. (2002). Participatory action reserach: Integrating community occupational therapy practice and research. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 1, 20-30.
- Cockburn, L., Kirsh, B., Krupa, T. et Gerwurtz, R. (2004). La santé mentale et la maladie mentale au travail: des solutions ergothérapiques à des problèmes complexes. *Actualités ergothérapiques*, 6, 5, 7-14.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial. (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Ottawa : Publications Santé Canada.
- Commission des États généraux des orthophonistes et audiologistes du Québec. (2002). La spécificité de l'orthophoniste et de l'audiologiste : champs d'exercice, catégories de permis et activités réservées. *Fréquences : Revue de l'Ordre des audiologistes et orthophonistes du Québec*, 14, 10-13.
- Coppé, M. et Schoonbroodt, C. (1992). Guide pratique d'éducation pour la santé : réflexion, expérimentation et 50 fiches à l'usage des formateurs. Bruxelles: De Boeck.
- Cynkin, S. et Robinson, A.M. (1990). *Occupational Therapy and activities health: toward health through activities*. Toronto : Little, Brown and Company.
- Davis, J.A. (2004). Une perspective occupationnelle sur l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. *Actualités ergothérapiques*, 6, 3, 19-21.
- Delaney, F. G. (1994). Nursing and health promotion: conceptual concerns, *Journal of Advanced Nursing*, 20, 828-835.
- Demazière, D. et Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*. Paris : Nathan.
- Denzin, N.K. et Lincoln, Y.S. (2000). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. Dans N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (Dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 1-28). Thousand Oaks : Sage.
- Dermody, J.L., Volkens, P. P. et Heather, S. L. (1996). Occupational therapy students' perspectives on occupation as a agent that promotes healthful lifestyles. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 835-843.
- Deslauriers, J.-P. et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P Deslauriers, L.-H Groulx, A. Laperrière, R Mayer et A.P. Pires.

- (Dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p.85-111). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative, guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.
- Dinter, L. D. (2000). The relationship between self-efficacy and lifestyle patterns. *The Journal of individual Psychology*, 54, 462-473.
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales : définition d'un concept. Dans W Doise. et A. Palmonari (Dir.), *L'étude des représentations sociales* (p.81-94). Neuchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé.
- Doise, W. (1988). Les représentations sociales : un label de qualité. *Connexions*, 51,1, 99-113.
- Doise, W. (1990). Les représentations sociales. Dans R.Ghiglione, C. Bonnet. et J.F. Richard et collaborateurs (Dir.), *Traité de psychologie cognitive* (p. 112-174). Paris : Dunod.
- Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de psychologie*, 45, 405, 189-195.
- Doise, W. (2002). Les représentations sociales: leçons du passé et défis d'aujourd'hui. *Social Science-Information-sur les sciences sociales*, 41, 1, 101-110.
- Dolbec, A. (1997). La recherche-action. Dans B. Gauthier (Dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (p.466-496). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Dolbec, A. et Clément, J. (2000). La recherche-action. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc, *Introduction à la recherche en éducation* (p.199-224), Sherbrooke : Éditions CRP.
- Dubois, J., Mitterand, H. et Dautzat, A. (2001). *Dictionnaire étymologique*. Paris : Larousse.
- Dubouloz, C.-J. et Sveistrup, H. (Dir.). (1995). L'ergothérapie comme source d'apprentissage. *Actes du colloque du 62^e congrès de l'ACFAS*. Montréal : Association Canadienne-Française pour l'Avancement des Sciences.
- Dufort, F., Saint-Laurent, L., Guilbert, É., et Boucher, K. (2006). La grossesse à l'adolescence : les prises de position d'adolescents et de praticiens travaillant

en prévention. *Journal international sur les représentations sociales (JIRSO)*, Accès : http://geirso.uqam.ca/jirso/Vol3_Dec06/01DufortF.pdf.

- Dumas, L. (1999). *Les rencontres prénatales en Outaouais : État de la question et proposition de mesure universelle*. Rapport de travail présenté à la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais, Hull : Université du Québec à Hull.
- Dumas, L et St-Pierre, C. (1994). *Expérimentation d'un instrument d'évaluation formative de la démarche d'apprentissage expérientiel dans un stage clinique en sciences infirmières (SOI 5033)*. Rapport final de recherche, Hull : Université du Québec à Hull.
- Dumont, C., Gervais, M., Fougeyrollas, P. et Bertrand, R. (2005). La perception d'efficacité personnelle comme facteur associé à la participation sociale des adultes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 72, 4, Accès : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1397>.
- Durand, M.-J. et Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique, *Pistes*, 3, 2, 1-14.
- Durkeim, E. (1967). *Sociologie et philosophie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Eklund, M. et Leufstadius, C. (2007). Relationships between occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community. *Canadian Journal of Occupational Therapist*, 74, 4, 303-313.
- Eklund, K. et Ivanoff, S.D. (2006). Health education for people with macular degeneration: Learning experiences and the effect on daily occupations. *Canadian Journal of Occupational Therapist*, 73, 5, 272-280.
- Eilenberg, A.O. (2000). An expanded community role for occupational Therapy preventing depression. Dans R. P. Fleming (Dir.), *Proactive approaches in psychosocial occupational therapy* (p.187-189). Thorofare: Slack.
- Farr, R.M. (1992). Les représentations sociales: la théorie et ses critiques. *Bulletin de psychologie*, 45, 405, 183-188.
- Filiatrault, J. et Richard, L. (2005). L'apport des théories de changement de comportements aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72, 45-56.

- Finlayson, M. et Holberg, C. (2007). Factors influencing the use of energy conservation strategies by persons with multiple sclerosis. *The American Journal of Occupational Therapy*.
Accès http://findarticles.com/p/articles/mi_hb5914/is_/ai_n23816199?tag=artB
ody
- Fishbein M. A. et Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction in theory and health*. Reading (Mass.): Addison-Wesley.
- Foto, M. (1997). Preparing occupational therapists for the year 2000: The impact of managed care on education and training. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51, 88-90.
- Franchuk, B. (2007). Children with Visual Impairments: A Parents' Guide. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, 5, 392.
- Fraysse, B. (2000). La saisie des représentations pour comprendre la construction des identités. *Revue des sciences de l'éducation*, 26,3, 651-676.
- Friedland, J., Robinson, I. et Cardwell, T. (2001). *L'histoire de l'ACE de 1926 à 1939*. Accès : <http://www.caot.ca/otnow/jan01-fr/jan01-history.cfm>
- Gagnon, M. et Hébert, D. (2000). *En quête de science : introduction à l'épistémologie*. Québec: Fidès.
- Gaudreau, L. (2000). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé. Dans G. Garnier et M.-L. Rouquette (Dir.), *Représentations sociales et éducation* (p.143-162). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Glaser, B. G. et Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New-York: A. de Gruyter.
- Godin, G. et Kok, G. (1996). The Theory of planned behavior: A review of its application to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11,2, 87-98.
- Godin, G.-N. (2002). Le changement des comportements de santé. Dans G.N. Fischer et T. Apostolidis (Dir.), *Traité de psychologie de la santé* (p. 375-88). Paris : Dunod (Somabec).
- Goetzel, R. (2001). The financial impact of health promotion: Introduction. *American Journal of Health Promotion*, 15, 277-280.

- Gohier, C. 2004. De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Revue des sciences de l'éducation*. Accès : <http://recherche-qualitative.qc.ca/Textes/24gohier.pdf>
- Goodacre, L. (2006). Women's Perceptions on Managing Chronic Arthritis. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 1, 7-14.
- Green, L.W. et Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach* (2e éd). Mountain View, CA: Mayfield. <http://lgreen.net/precede.htm>.
- Guimelli, C. (1994). La fonction d'infirmière : pratique et représentations professionnelles. Dans J. C. Abric (Dir.), *Pratiques sociales et représentations* (p 83-108). Paris : Presses Universitaires de France.
- Harvey, G. (2003). *Concepts et définitions de l'éducation à la santé*, Accès : <http://www.uquebec.ca/edusante>.
- Hamilton, N. et Bhatti, T. (1996). *Vers un modèle de la promotion de la santé de la population*. Agence de santé publique du Canada. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/psp/psp.htm>.
- Henry, J. (2007). Fine Motor Skills for Children with Down Syndrome: A Guide for Parents and Professionals. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 74, 5,381.
- Hoffmann, C. (2003). *Empowerment : implication et responsabilisation*. Accès : <http://membres.lycos.fr/hconline/empowerment.htm>
- Honey, P. & Mumford, A. (1995). *Using your learning styles*. Maidenhead, Berkshire: Peter Honey Publication.
- Huberman A. M. et Miles, M .B. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : DeBoeck.
- Jodelet, D. (1989). Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie. Dans S. Moscovici (Dir.), *Psychologie sociale* (p.357-38). Paris : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2002). Les représentations sociales dans le champ de la culture. *Social Science-Informatio- sur les sciences sociales*, 41, 1, 111-133.

- Jonnaert, P., Barrette, J., Boufrahi, S. et Masciotra, D. (2004). Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation*, 30, 3, 667-696.
- Jourdan, D. et Berger, D. (2005). Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé: de l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. *Santé de l'homme* no 377. Accès : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/377/09.htm>.
- Knowles, M.S. (1968). "Andragogy not pedagogy". *Adult Leadership*, 16, 10, 350-352.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experiences as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Labonte, R. (1993). *Health promotion and empowerment: Practice frameworks*. Toronto : PartipACTION.
- Lac, M. et Ratinaud, P. (2005). La professionnalisation : approche d'un processus représentationnel. *Journal international sur les représentations sociales*, 2, 1. Accès: http://geirso.uqam.ca/jirso/Vol2_Aout05/68Lac.pdf.
- Landry, A. (1998). *Les représentations de la dimension éducative de l'intervention ergothérapique chez les ergothérapeutes praticiennes en CLSC de la région de l'Outaouais*. Mémoire de maîtrise non publié, Sciences de l'éducation, Hull : Université du Québec à Hull.
- Le Centre d'expertise collective. (2001). *Éducation pour la santé des jeunes*. Paris : Les éditions Inserm (Inserm SC14).
- Le Cren, F. (2002). *Représentations sociales de l'activité physique d'un groupe d'hommes âgés physiquement actifs de la région montréalaise*. Thèse de doctorat inédite, Sciences de l'éducation, Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (2e éd.). Montréal: Guérin.
- Levasseur, M., St-Cyr Tribble, D. et Desrosiers, J. (2004). Analyse du concept de qualité de vie dans le contexte des personnes âgées avec incapacités physiques *Revue canadienne d'ergothérapie Early-on line edition*, 1-15.
- Levy L. (1993). Occupational therapy's place in the health care system. Dans E. Hopkins (Dir.), *Occupational Therapy* (8e éd., p.153-164). Philadelphia: Lippincott Company.

- Lincoln, Y.S. et Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Lord, J. et McKillop-Farlow, D. A. (1990). Une étude sur l'habilitation : répercussions sur la promotion de la santé. *Promotion de la santé*, 3, 2-8.
- Loiret, L., Paysant, J. et André, J.M. (2006). *Échelle d'évaluation et amputation*. Accès : <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/AP5Echelles.pdf>
- Louis, W., Davies, S., Smith, J. et Terry, D. (2007). Pizza and pop and the student identity: the role of referent group norms in healthy and unhealthy eating. *The Journal of social psychology*, 147, 57-74.
- Malo, A. (2006). La construction du sens et la part de la voix du chercheur : une illustration basée sur une recherche menée dans le champ de recherche sur la formation à l'enseignement à partir d'une perspective non déficitaire (niveau 1) *Recherches Qualitatives*, 26, 2, 66-84. Accès : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>.
- Mannoni, P. (2001). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Manitoba Society of Occupational Therapists. (2006). *Occupational therapists and Primary Health care*. Accès: <http://www.otpracticeleader.ca/Portals/151pdfs/OccupationalTherapistsandPrimaryHealthCareMSOT.pdf>.
- Marcoux, C. (2002). *Étude des représentations du risque chez l'adolescent dans une perspective d'éducation pour la santé*. Thèse de doctorat inédite, Sciences de l'éducation, Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Marion, K. (2004). Occupational Therapy Practice and Research with Persons with Multiple Sclerosis, *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 73, 2, 124-125.
- Marion, K. (2001). Children With Autism: A Parents' Guide (2nd ed.). *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 68, 5, 320-321.
- Martin, C. et Balthazar, M. (1988). Stratégies de changement social: les individus et les groupes sont des acteurs. Dans A. Anctil (Dir.), *La promotion de la santé: concepts et stratégies d'action* (p.27-40). Montréal: Le Renouveau.

- Maynard, M. (2000). Health promotion through employee assistance programs: A role for occupational therapists. Dans R. P. Fleming Cottrell (Dir.), *Proactive Approaches in Psychosocial Occupational Therapy* (p.219-226). Thorofare : Slack.
- McComas, J. et Harris, S.R. (1996). La recherche et la pratique dans le domaine de la santé des femmes: quels rôles peuvent y jouer les physiothérapeutes? *Physiotherapy Canada*, 48, 5-10.
- Merriam, S.B. (2002). Introduction to qualitative research. Dans S.B. Merriam (Dir.), *Qualitative research in practice : Examples for discussion and analysis*. (p.1-33). San Francisco : Jossey Bass.
- Merriam, S.B. et Caffarella, R.S. (1999). *Learning in adulthood: a comprehensive guide* (2e éd.). San Francisco: Jossey- Bass.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Canada et l'Association canadienne des ergothérapeutes. (1983). *Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client*. Ottawa : Santé et Bien-être Canada.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Canada et l'Association canadienne des ergothérapeutes. (1986). *Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et des Services.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Canada. (1986). *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa : Ministère de la Santé et du Bien-être social Canada.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Canada. (1988). *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*. Ottawa : Ministère de la Santé nationale et Bien-être Canada.
- Moliner, P. (1995). Noyau central, principes organisateurs et modèle bi-dimensionnel des représentations sociales. Vers une intégration théorique? *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 28, 44-55.
- Moliner, P., Rateau, P. et Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales : Pratique des études de terrain*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Montano, D.E ., Kasprzyk, D. et Taplin, S.H. (1997). Health behavior and health education. Dans K. Glanz, F.M. Lewis et B.K. Rimer (Dir.), *Theory, research and practice* (2e éd.) (p.85-112). San Francisco: Jossey-Bass.

- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire. Dans D. Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales* (p. 62-86). Paris : Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Masson.
- Mukamurera, J., Lacourse, F. Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26, 1, 110-137. Accès : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero26\(1\)/mukamurera_al_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero26(1)/mukamurera_al_ch.pdf)
- Ndoreraho, J.-P. et Martineau, S. (2006). Une problématique du début de carrière en enseignement, *Carrefour national de l'insertion sociale en enseignement*. Accès : http://64.233.169.104/search?q=cache:vrvOadEtgmEJ:www.insertion.qc.ca/IMG/doc/JPN_ET_SM-4.doc+Mukamurera,+2006,+Recherches+qualitatives&hl=fr&ct=clnk&cd=3&gl=ca
- Nutbeam, D. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Office de langue française du Québec. (2007). *Grand dictionnaire terminologique en ligne*. Accès : http://w3.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclé/index800_1.asp
- Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario. (2004). Module 6 : Actes autorisés : Ce que les ergothérapeutes en Ontario doivent savoir. *Programme d'éducation réglementaire prescrit (PÉRP)*. Toronto : Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2004a). Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi no 90, sanctionné). *Guide de l'ergothérapeute*. Accès : http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Loi_90_GuideMembre.pdf.

- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2004b). *L'ergothérapie, une profession à ancrer dans l'avenir*. États généraux de la profession d'ergothérapeute. Montréal : Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Genève : Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé no 2.
- Organisation mondiale de la Santé. (1948). Constitution of the world health organization. International Health Conférence. New York : New-York.
- Organisation mondiale de la Santé. (1983). *Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaire*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Chartre d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa : Canada.
- Organisation mondiale de la Santé. (1997). *Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Éditions nouvelles.
- Piper, S. M. et Brown, P. A. (1998). Psychology as a theoretical foundation for health education. *Nurse Education Today*, 18, 637-641.
- Polatajko, H. (1992). Naming and framing occupational therapy: A lecture dedicated to the life of Nancy B. *Canadian Journal of occupational therapy*, 59, 189-200.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et Zimmerman, D. (2007). dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Dir.), *Enabling occupation II: advancing an occupational Therapy vision for Health, Well-being & Justice through occupation* (13-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Pollard, N., Sakellariou, D. et Kronenberg, F. (2008). *A Political Practice of occupational Therapy*. London: Churchill Livingstone.

- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Provencher, M. (1993). *La relation entre la santé et la culture organisatrice à partir des représentations sociales de la santé chez les travailleurs dans le cadre d'un programme participatif de santé préventive en milieu de travail*, Thèse de doctorat inédite, Sciences de l'éducation, Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Rehab Network. (2005). Rehabilitation in greater Toronto area: a vision for future. A supplementary report to the GTA Rehab Network strategic Plan 2005-2008. Accès: <http://www.gtarehabnetwork.ca/downloads/GTAVisionforRehab.pdf>.
- Renaud, L. et Gomez Zamudio, M. (1999). *Planifier pour mieux agir* (2^e éd.). Montréal: RÉFISP.
- Robertson, A. et Minkler, M. (1994). New health promotion movement: A critical examination. *Health Education Quarterly*, 21, 292-312.
- Rochon, A. (1988). *L'éducation pour la santé. Un guide facile pour réaliser un projet*. Montréal: Agence d'Arc.
- Roden, J. (2004). Revisiting the Health Belief Model: Nurses applying it to young families and their health promotion needs. *Nursing and Health sciences*, 6,1, 1-10.
- Rollin-Gagnon, F. (1993). Le rôle actif de l'ergothérapeute dans la promotion de la santé. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 2, 81-84.
- Romanow, R. (2003). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Accès : <http://www.amq.ca/F/Information/Rapport/Romanow.pdf>.
- Sandelowski, M. (1994). The use of Quotes in Qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 17, 479-482.
- Santé Canada. (1974). Rapport du Ministre Marc Lalonde : Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens. Ottawa : Services gouvernementaux Canada.
- Santé Canada. (2005). *À propos des soins primaires*. Accès : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos_f.html.

- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative et interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc. (Dir.), *Introduction à la recherche en éducation* (p. 177-196). Sherbrooke: Éditions CRP.
- Scriven, A. et Atwal. A. (2004). Occupational Therapists as Primary Health Promoters: Opportunities and Barriers. *The British Journal of Occupational Therapy*, 6, 424-429.
- Shaw. L, Jennings M.B., Fok, D., Cheesman, M., Hodgings, H., Kushar D.A. et Poost-Foroosh Bataghva, L. (2008). *Olders workers with hearing loss: Practice innovations through interprofessional collaboration*. Présentation par affiche. Whithehorse: Congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes
- Strauss, A. et Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and technique*. Newbury Park: Sage.
- Sze, S. (1988). Les modestes débuts de l'OMS. *Forum mondial de la santé*, 9, 312-36.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: Analysis Types and software tools*. New-York: Falmer Press.
- Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D. et Brown, J. (2007a) Enabling: Occupationnal therapy's core competency. Dans E. A. Townsend et H.J. Polatajko (Dir.) *Enabling occupation II: advancing an occupational Therapy vision for Health, Well-being & Justice through occupation* (p87-134). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., Freeman, A., Liu, L., Quach, J., Rappolt, S. et Rivard, A. (2007b). Accountability for enabling occupation: Discovering opportunities. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Dir.). *Enabling occupation II: advancing an occupational Therapy vision for Health, Well-being & Justice through occupation* (p297-314). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., Trentham, B., Clark, J., Dubouloz-Wilner, Pentland, W., Doble, S. et Laliberte-Rudman, D. (2007c). Enabling individual change. Dans E. A. Townsend, et H. J. Polatajko, (Dir.). (2007). *Enabling occupation II: advancing occupation Therapy vision for Health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Townsend, E. A. et Polatajko, H. J. (Dir.). (2007). *Enabling occupation II: advancing occupation Therapy vision for Health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Trickey, F. (1993). Regard sur la pratique en milieu communautaire et sur l'approche particulière en santé communautaire. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 2, 86-90.
- Trudel, R. (2004). La Loi et ses concepts. Les concepts liés à la Santé. Montréal : ENAP. Accès : <http://technopedagogie.ena.ca/capsules/sante/spip.php?rubrique2>.
- Vallée, C. (2007). *Développement professionnel et rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves*. Montréal : École des sciences de la réadaptation. Accès http://www.theses.umontreal/theses/nouv/vallee_c/these.pdf.
- Vandal, S., Bradet, R., Viens, C. et Robichaud-Ekstrand, S. (1999). L'adoption et le maintien d'un comportement de santé : le défi de l'assiduité au traitement. *Recherche en soins infirmiers*, 58, 103-112.
- Van der Maren, J.-M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles: De Boeck.
- Wehrmann, S., Reid, D., Chiu, T. et Sinclair, G. (2006). Outcomes of an occupational therapy school-based consultation service for students with fine motor difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 4, 215-225.
- Whitehead, D. (2001). Health education behavioral change and social psychology: nursing's contribution to health promotion? *Journal of Advanced Nursing*, 34, 822-832.
- Wilcock, A.A. (2005). *Occupational science: Bridging occupation and health*. Discours d'honneur du Congrès 2004 de l'ACE. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 72, 1. Accès: [http://www.caot.ca/CJOT_PDF/CJOT72/Wilcock72\(1\)5_12.pdf](http://www.caot.ca/CJOT_PDF/CJOT72/Wilcock72(1)5_12.pdf)
- Wilcock, A.A. (2006). *An occupational Perspective of Health*. (2nd ed.). Thorofare: Slack.
- William, A.P., Rappott, S., Lum, J., Deber, R., Verrier, M. et Landry, M.D. (2004). Portrait de l'ergothérapie en Ontario: Résultats du sondage effectué en 2003. *Actualités ergothérapiques*, 3, 3-9.

APPENDICE A
LETTRE D'ENTENTE AVEC L'ORDRE DES
ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC



Montréal, le 7 juin 2005

Madame Manon Tremblay

Objet : Entente de collaboration à votre projet de recherche

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec est heureux de collaborer à votre projet de recherche, effectué dans le cadre du programme de doctorat auquel vous êtes inscrite. L'Ordre consent à vous faire parvenir un fichier Excel correspondant aux coordonnées des ergothérapeutes qui auront été sélectionnés à partir de la base de données des membres de l'Ordre selon les critères que vous nous indiquerez au moment opportun dans le déroulement de votre projet de recherche.

La seule condition que l'Ordre émet concerne l'utilisation que vous ferez de ces informations nominatives. Vous devez vous engager à ne pas les utiliser à d'autres fins que celles prévues à notre entente. Lorsque vous aurez terminé votre projet, nous vous demandons de détruire tout fichier ou document que vous pourriez avoir

constitué et dans lesquels se trouveraient les données nominatives et coordonnées postales des ergothérapeutes sélectionnés.

Je vous souhaite bonne chance dans votre projet.

Veuillez recevoir, madame Tremblay, mes sincères salutations.

Louise Tremblay, erg.

Responsable des services professionnels

Ordre des ergothérapeutes du Québec

APPENDICE B

QUESTIONNAIRE DES DONNÉES SOCIOPROFESSIONNELLES



QUESTIONNAIRE DE DONNÉES SOCIOPROFESSIONNELLES

Indiquer le nombre ou souligner votre réponse

- Années d'expérience dans le milieu actuel : années
- Milieu de travail :
 - Soins aigus
 - Soins de longue durée
 - Centre de réadaptation
 - Pratique communautaire
 - Agence gouvernementale
- Champ de pratique : médecine physique, santé mentale.
- Clientèle : enfants (pédiatrie), adolescents, adultes et personnes âgées (gériatrie)
- Autres expériences de pratique en ergothérapie :
 - 1) milieu de travail : , nombre d'années : années,
champ de pratique :
 - 2) milieu de travail : , nombre d'années : années,
champ de pratique :
 - 3) milieu de travail : , nombre d'années : années,

champ de pratique :

4) milieu de travail : , nombre d'années : années,

champ de pratique :

5) milieu de travail : , nombre d'années : années,

champ de pratique :

- Diplôme en ergothérapie :

Université: Laval,
McGill,
Montréal,
Ottawa,
Autre, spécifier :

- Année d'obtention du diplôme :
- Formation en éducation à la santé:

APPENDICE C

PROTOCOLE D'ENTREVUE



Présentation de la chercheuse et identification du participant

Test de son

Demander au participant la permission de vérifier la qualité de l'enregistrement avant de débiter l'entrevue.

Consentement

Confirmer la réception du formulaire de consentement.

Expliquer le but de l'entrevue et le déroulement de l'étude

Répondre aux questions relatives au consentement, au projet de recherche ainsi qu'à son engagement aux risques associés.

S'assurer que la personne comprend les implications de sa participation avant de commencer l'entrevue.

Vérifier en demandant de reformuler.

1) Validation des données socioprofessionnelles (confirmation des données du questionnaire)

2) Exploration du thème de la recherche

Je suis intéressée par vos connaissances, vos opinions et vos interventions en éducation à la santé.

1. Parlez-moi de votre travail?
2. Quelle est votre clientèle (caractéristiques)?
3. Quelles sont vos principales fonctions?
4. Quelles sont vos fonctions secondaires?
5. Avez-vous une fonction d'éducateur ? Si oui, décrivez.
6. Quelles sont les interventions en éducation à la santé qui ont bien fonctionné ? Vos bons coups ? Pourquoi ?
7. Quelles sont les interventions qui ont été difficiles ? Pouvez-vous identifier les obstacles ?
8. Si l'ergothérapeute n'utilise pas de modèle d'éducation à la santé connu

Lui demander de décrire son modèle

Quel matériel utilisez-vous ? ressources écrites ? ressources audio, visuelles ?

Sur quelle source d'informations appuyez-vous vos interventions ergothérapeutiques ?

Quels concepts clés ergothérapeutiques sont utiles dans vos interventions ou pourraient être utiles dans des interventions éducatives à la santé? Par rapport aux loisirs, à la productivité et aux soins personnels, comment l'ergothérapeute peut contribuer à éduquer à la santé?

Quel rôle pourrait jouer l'ergothérapeute en fonction de l'éducation à la santé (avec la population en général ou avec des clientèles spécifiques) en s'appuyant sur ses connaissances? Avez-vous des exemples concrets?

Si vous aviez à choisir une image pour décrire vos interventions portant spécifiquement sur l'éducation à la santé, que serait-elle ?

9. Quelles différences faites-vous entre prévention primaire, prévention secondaire, prévention tertiaire et promotion de la santé?
10. Considérez-vous que vous intervenez dans chacun de ces domaines dans le cadre de vos fonctions? Si oui, donnez-moi des exemples.
11. Si on vous offrait un poste en éducation à la santé, qu'est-ce que vous feriez s'il n'y avait aucun obstacle financier ou autre ?

12. Que pensez-vous du rôle d'éducateur qui dit qu'en santé mentale l'ergothérapeute enseigne au client les symptômes de sa maladie ?
13. Qu'est-ce qu'un ergothérapeute pourrait apporter de spécifique en éducation à la santé ? Qu'est-ce que vous pourriez faire, en tant qu'ergothérapeute, pour aider le public en général à être mieux informé et à se prendre en main? Quelles actions pourraient prendre les ergothérapeutes pour être plus impliquées en éducation à la santé?
14. Comment voyez-vous l'ergothérapeute comme éducateur à la santé dans dix ans?
15. Que pensez-vous quand l'Association canadienne des ergothérapeutes dit que l'occupation est le concept sur lequel les ergothérapeutes devraient appuyer leurs interventions en éducation à la santé ?
16. Quelle est votre définition de la santé?

Si l'ergothérapeute utilise l'un des modèles d'éducation à la santé reconnu,

- lui demander de parler spécifiquement des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement qu'elle utilise et sur lesquels elle intervient dans ses programmes éducatifs ainsi que de toutes autres variables jugées significatives. Lui demander de décrire les programmes auxquels elle contribue? Son rôle spécifique, les concepts ergothérapiques utilisés, les intervenants impliqués, les activités éducatives choisies? Les résultats à court et à long terme si disponible.
- Quel matériel utilisez-vous ? ressources écrites ? ressources audio, visuelles ?
- Sur quelle source d'informations appuyez-vous vos interventions ergothérapiques ?
- Si vous aviez à choisir une image pour décrire vos interventions portant spécifiquement sur l'éducation à la santé, que serait- elle ?

3) Période libre pour ajout de commentaires ou précisions

4) Conclusion

Dire au participante qu'il sera informé par courrier électronique de l'acceptation de la thèse. Lui dire qu'un résumé du projet de recherche lui sera également envoyé après l'acceptation de la thèse.

Remercier le participant.

APPENDICE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (ENTREVUE)

LES REPRÉSENTATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES DES
ERGOTHÉRAPEUTES SUR LEUR RÔLE EN ÉDUCATION À LA
SANTÉ

MANON TREMBLAY, ÉTUDIANTE AU DOCTORAT INTERDISCIPLINAIRE
EN ÉDUCATION, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

Objectifs

Comprendre les représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé; et plus particulièrement de :

- décrire les informations et les connaissances que les ergothérapeutes possèdent à l'égard de leur rôle en éducation à la santé;
- décrire les actions actuelles et potentielles des ergothérapeutes en éducation à la santé dans le cadre de leur rôle professionnel particulier;
- décrire les visions et les opinions des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé.

Votre participation implique :

- Une entrevue face-à-face ou téléphonique d'au maximum 90 minutes afin de répondre à des questions orales ouvertes sur les objectifs visés par la recherche.

- La permission d'enregistrer l'entrevue sur bande audio. Cet enregistrement confidentiel ne servira qu'à faciliter la codification et l'analyse des résultats

Votre participation est volontaire. Cela signifie que vous êtes entièrement libre de participer ou non à l'étude et de cesser à tout moment votre participation, sans aucun préjudice. Aucune rémunération ne sera accordée.

Votre participation est confidentielle. Votre décision de participer à l'étude ainsi que toutes vos réponses demeureront confidentielles. Seules les personnes autorisées : candidate au doctorat, directrice de thèse, codirecteur de thèse et présidente de jury – auront accès aux données. Aucun nom ne figurera sur les documents de la recherche. Les documents (bandes sonores, transcription écrites des bandes sonores, données sociodémographiques) seront conservés sous clé dans un endroit sécuritaire à accès limité pendant la poursuite des études de doctorat pour ensuite être détruits après l'acceptation de la thèse. La présente étude a été approuvée sur le plan éthique par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Si vous avez des questions concernant ces mesures ou toute autre question au sujet des règles d'éthique de la recherche, vous pouvez contacter monsieur André Durivage, président du comité d'éthique à l'Université du Québec en Outaouais au numéro suivant : 595-3900 poste 1781 ou par courriel à andre.durivage@uqo.ca

Retombées attendues de l'étude

Cette recherche pourra aider à

1. *Cerner le rôle de l'ergothérapeute quant l'éducation à la santé;*

2. *Comprendre comment l'ergothérapeute agira dans une perspective d'expansion des rôles des professionnels de la santé, notamment à l'égard de l'éducation à la santé.*

Les résultats de l'étude seront disponibles lors de l'acceptation finale de la thèse par l'UQO et une copie sommaire vous sera envoyée par courrier électronique lors du dépôt de la thèse.

Bénéfices escomptés par les participantes.

Avoir le privilège de :

- contribuer à une meilleure connaissance du rôle de l'ergothérapeute en éducation à la santé;
- participer à l'avancement des connaissances en ergothérapie;
- soutenir une collègue ergothérapeute aux études doctorales.

Risques encourus par les participantes

Mis à part le temps consacré à l'entrevue et peut-être les hésitations à répondre à certaines questions, le risque lié à votre participation est faible ou minimal. Les contenus abordés lors de l'entrevue ne visent aucunement à évaluer la qualité de vos services en matière d'éducation à la santé.

Si vous avez des questions concernant l'étude ou votre participation, n'hésitez pas à communiquer avec moi, Manon Tremblay, étudiante au doctorat interdisciplinaire en sciences de l'Éducation, UQO, au numéro suivant : 746-4621 poste 6014.

Consentement

J'accepte volontairement de participer à cette étude portant sur les représentations des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé dans le cadre d'un projet doctoral en éducation. J'ai été informé(e) à ma satisfaction quant aux objectifs et au

déroulement du projet de recherche ainsi qu'aux risques et bénéfices pour moi d'y participer. J'accepte que la rencontre soit enregistrée sur des bandes audio qui seront détruites cinq ans après l'acceptation finale de la thèse par l'UQO. On m'a également expliqué que mes réponses fournies au questionnaire de données socioprofessionnelles et lors de l'entrevue demeureront confidentielles.

J'ai été informé(e) que je peux décider en tout temps de cesser ma participation à cette étude et ce, sans aucun préjudice. En outre, je suis conscient(e) que je n'ai pas à répondre à toutes les questions qui me seront posées.

Deux résumés du formulaire de consentement sont joints afin que vous puissiez conserver une copie. Veuillez signer les deux exemplaires, en conserver un pour vos dossiers et me retourner l'autre.

RÉSUMÉ DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**** Entrevue ******À CONSERVER DANS VOS DOSSIERS**

Chercheuse responsable: Manon Tremblay, étudiante au doctorat
interdisciplinaire en sciences en éducation, UQO.

Si vous avez des questions concernant l'étude ou votre participation, n'hésitez pas à communiquer avec moi au numéro de téléphone 746-4621 poste 6014. Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participante(e), vous pouvez communiquer avec M. André Durivage, président du comité d'éthique de l'UQO, au 595-3900 (poste 1781).

Deux résumés du formulaire de consentement sont joints afin que vous puissiez conserver une copie. Veuillez signer les deux exemplaires, en conserver un et me retourner l'autre.

J'accepte volontairement de participer à cette étude portant sur les représentations des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé dans le cadre d'un projet doctoral en éducation. J'ai été informé(e) à ma satisfaction quant aux objectifs et au déroulement du projet de recherche ainsi qu'aux risques et bénéfices pour moi d'y participer. J'accepte que la rencontre soit enregistrée sur des bandes audio qui seront détruites cinq ans après l'acceptation finale de la thèse par l'UQO. On m'a également expliqué que mes réponses fournies au questionnaire de données socioprofessionnelles et lors de l'entrevue demeureront confidentielles.

J'ai été informé(e) que je peux décider en tout temps de cesser ma participation à cette étude et ce, sans aucun préjudice. En outre, je suis conscient(e) que je n'ai pas à répondre à toutes les questions qui me seront posées.

Deux résumés du formulaire de consentement sont joints afin que vous puissiez conserver une copie. Veuillez signer les deux exemplaires, en conserver un pour vos dossiers et me retourner l'autre.

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature du participant	Date

_____	_____	_____
Nom de la chercheuse	Signature de la chercheuse	Date

RÉSUMÉ DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**** Entrevue ****

COPIE POUR L'ÉTUDIANTE AU DOCTORAT RESPONSABLE DE LA RECHERCHE

Chercheuse responsable: Manon Tremblay, étudiante au doctorat
interdisciplinaire en sciences en éducation, UQO.

Si vous avez des questions concernant l'étude ou votre participation, n'hésitez pas à communiquer avec moi au numéro de téléphone 746-4621, poste 6014. Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participante(e), vous pouvez communiquer avec M. André Durivage, président du comité d'éthique de l'UQO, au 595-3900 (poste 1781).

Deux résumés du formulaire de consentement sont joints afin que vous puissiez conserver une copie. Veuillez signer les deux exemplaires, en conserver une copie pour vos dossiers et me retourner l'autre.

J'accepte volontairement de participer à cette étude portant sur les représentations des ergothérapeutes sur leur rôle en éducation à la santé dans le cadre d'un projet doctoral en éducation. J'ai été informé(e) à ma satisfaction quant aux objectifs et au déroulement du projet de recherche ainsi qu'aux risques et bénéfices pour moi d'y participer. J'accepte que la rencontre soit enregistrée sur des bandes audio qui seront détruites après l'acceptation finale de la thèse par l'UQO. On m'a également expliqué que mes réponses fournies au questionnaire de données socioprofessionnelles et lors de l'entrevue demeureront confidentielles.

J'ai été informé(e) que je peux décider en tout temps de cesser ma participation à cette étude et ce, sans aucun préjudice. En outre, je suis conscient(e) que je n'ai pas à répondre à toutes les questions qui me seront posées.

Deux résumés du formulaire de consentement sont joints afin que vous puissiez conserver une copie. Veuillez signer les deux exemplaires, en conserver un pour vos dossiers et me retourner l'autre.

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature du participant	Date

_____	_____	_____
Nom de la chercheuse	Signature de la chercheuse	Date

APPENDICE E

COGNITIONS DESCRIPTIVES

	Formation en éducation à la santé O=oui N=non C=connexe	Fonction d'éducateur D=direct I=directement <i>Clientèle</i> P= client et personnes significatives de l'entourage A=autres intervenants S=stagiaire <i>Objets d'enseignement</i> OD= diagnostic, problématique du client et son impact fonctionnel OT= traitement ergothérapique OS= sur des méthodes et des stratégies d'intervention	Modèles d'éducation ME=modèle dit expérientiel appris par la pratique ou intuitif MP=modèles ergothérapiques de pratique MS=modèles d'intervention adoptés par l'équipe de soins <i>Enseignement</i> EP= pratico-pratique ET= théorique EM =mixte <i>matériel éducatif</i> , mm=matériel limité fabrication maison mt=matériel standardisé	Concepts clés T =méthode traitement B=principes de base Aucun Autonomie Activités significatives Fonctionnement Environnement Sécurité Participation Occupation Satisfaction Équilibre	Définition de la santé M=Modèle médical N=Non médical C=capacité de fonctionner B=bien-être E-influencer environnement	Prévention Promotion A=adéquat N=non
1	o	D P, A, S OS	MP EM Mm	Autonomie Activités significatives Fonctionnement	N C	N
2	n	D P,A, S OD, OT, OS	ME EP Mm	Activités significatives Environnement Sécurité	M	N
3	n	D P,A OD, OT, OS	MS EM Mt	Participation Occupation Efficacité	N C	N

		Équipe		personnelle (non ergo)		
4	c	D P, A OD, OT, OS	MP EP Mm	Participation, Activités significatives Fonctionnement Sécurité	N C E	N
5	n	D P, A OD, OT, OS	ME EP mm	Autonomie Activités quotidiennes Équilibre Satisfaction	N B	A
6	n	D P, A OD, OT, OS	ME EM Mm	Aucun	N B	N
7	n	D P, A OD, OT, OS	ME EP mt	Autonomie Activités quotidiennes Environnement Sécurité Objectifs du client	N B	N
8	c	D P, A OD, OT, OS	ME EP Mm	Aucun	N C B	N
9	n	D P, A OS	ME EM Mm	Aucun	N B	N
10	n	D P, A OT, OS	ME EM Mm	Participation Autonomie Activités quotidiennes	N C B	N

				T ⁴⁷		
1 1	n	D P, A OD, OT, OS	MP EM mt	Participation Fonctionnement Équilibre Capacités résiduelles	N B C E	N
1 2	o	D P,A OT, OS	MP EM Mt	Participation Autonomie Fonctionnement Activités quotidiennes	N C	N
1 3	N	D P OD, OT, OS	MS ET Mt	Participation Activités quotidiennes Équilibre Capacités résiduelles, T : posture, gestion de la douleur Autorégulation (non ergo)	N C	N
1 4	N	I P, A OD, OT, OS	MP EM Mm	Environnement Équilibre Occupation Compétence	N C	N
1 5	N	D P, A OD, OT, OS	MP EM Mt	Participation Autonomie Équilibre	N C B	N

⁴⁷ positionnement

				T		
1 6	N	D P, A OD, OT, OS	ME EP Mm	Développement Activités quotidiennes	M	N
1 7	N	D P,A,S OD, OT,OS	ME ET mm	Participation Autonomie Capacités résiduelles B : Principes biomécaniques	N C	N
1 8	C	D P, A OD, OT, OS	MP ET Mt	Fonctionnement Occupation Environnement	N C	N
1 9	C	D P, A OD, OT, OS	ME ET Mm	Autonomie, Activités quotidiennes, Environnement, B : développement de l'enfant	N C	N
2 0	C	D P, A OD, OT, OS	MP EP Mm	Participation, Capacités résiduelles	N C E	N
2 1	N	D A OS	ME ET mm	Participation Activités quotidiennes Sécurité	N C B	N
2 2	N	D P, A OD, OT, OS	ME EM Mm	Environnement	N C	N
2	N	I	MP	Activités significatives	N C	N

3		P OS	EP Mm	Équilibre Sens à la vie		
2 4	N	D P, A OD, OT, OS	ME EM Mt	Participation Environnement Équilibre	N C B	N

APPENDICE F

COGNITIONS PRESCRIPTIVES

	Prévention Primaire S=Secondaire T=Tertiaire	Promotion de la santé P= Professionnel B= Bénévoles PÉ= équipe DI= déficience intellectuelle	Pratique renouvelée S=stimulation du développement dépistage précoce de problèmes chez l'enfant C= la pratique communautaire collaborative A= l'occupation par l'adaptation et l'équilibre occupationnel inclut promotion de la santé mentale par l'équilibre occupationnel I= l'intégration sociale É=matériel éducatif ?=pas de réponse	Bon coup P=faire valoir la profession M= faciliter le maintien et l'intégration de personnes souffrant d'un handicap dans leur environnement A= aider à l'acceptation d'un handicap Q=améliorer la qualité des soins
1	T	P É	C	Q
2	S T		É	P
3	T		S A I	A
4	S T		C A	Q
5	S T	PÉ B	S A	Q M
6	S T	P	S A É	M
7	T	P	C É	Q
8	S T	PÉ	A I	Q
9	S T	P (DI)	?	A
10	T		C	M
11	S T		C	A
12	S T		A	M
13	T		A	M
14	T		A	P
15	S T		A	Q P
16	S		S	M
17	S T		A C	M
18	S T		A	M
19	S T		A C S I	M
20	T		C É	M
21	T		A I C	Q
22		P (DI)	É C	M
23	T		A	A
24		B	C	Q

APPENDICE G

COGNITIONS ÉVALUATIVES

	Rôle dans dix ans O=vision positive N= vision pessimiste V= augmentation due au vieillissement population M=accroissement du travail dans le milieu naturel C= augmentation du rôle de consultant P= augmentation du rôle préventif S=spécialisation de l'ergothérapie D=augmentation des sphères d'activités SM=augmentation du rôle en santé mentale	Image O= aucune image P= axée sur le processus M=centrée sur la modalité d'intervention R= focalisée sur le rôle F= finalité de l'intervention	Obstacles O=opérationnel F= Facteurs personnels N=Normes sociales E=Environnement É= éducatif A=administratif R=manque de ressources humaines	Occupation, concept clé M=mauvaise traduction B=besoin de précision P= aide à la profession mais application pratique difficile
1	O C P	R	O F N	A M
2	O D	R	O F N	D
3	N S	M	O F N É	A B
4	O S M	R	O F	A P
5	O M	O	O F N	D
6	O V D	R	O F	A P
7	O M	O	O F	A P
8	N V C	M	O F	A P
9	O D	O	O E	A P
10	O V	M	S	A P
11	O M P	P	O F	A P
12	V P M	P	A É	A P
13	O S	P	O F	A P
14	O C	R	R	A B
15	O C	R	O F A É	A B
16	O P	M	O F É	D
17	O S	R	R É	A M
18	O S M	M	O F	A P
19	O S	R	O F	A P
20	O S	F	É	A B
21	V	R	O F	A P
22	O M	R	O F	D
23	O S C	R	O F	A P
24	O S	O	O E É R A	A P

APPENDICE H

CATÉGORIES PRINCIPALES ET SATELLITES

QUESTION	CATÉGORIE PRINCIPALE	CATÉGORIE SATELLITE
Formation en éducation à la santé Questionnaire : Quelles formations en éducation à la santé avez-vous déjà suivies?	oui	
	Non	
	Connexe	
Fonction d'éducateur Q4 : Avez-vous une fonction d'éducateur ? Si oui, décrivez.	Direct	client et personnes significatives de l'entourage
		autres intervenants
		Stagiaire
		diagnostic, problématique du client et son impact fonctionnel
		traitement ergothérapique sur des méthodes et des stratégies
	Indirectement	client et personnes significatives de l'entourage
		autres intervenants
		diagnostic, problématique du client et son impact fonctionnel
		traitement ergothérapique sur des méthodes et des stratégies
Modèles d'éducation Q7 : Quel modèle utilisez-vous lorsque vous faites des interventions éducatives à la santé?	Modèle dit expérientiel appris par la pratique ou intuitif	pratico-pratique
		théorique
		Mixte

Quel matériel utilisez-vous? ressources écrites? ressources audio, visuelles ?		matériel éducatif limité de fabrication maison
	Modèles ergothérapeutiques de pratique	pratico-pratique
		théorique
		Mixte
		matériel éducatif limité de fabrication maison
	modèles d'intervention adoptés par l'équipe de soins	théorique
		Mixte
		Matériel éducatif standardisé
Concepts clés Q8 : Quels concepts clés ergothérapeutiques sont utiles ou pourraient être utiles dans des interventions éducatives à la santé?	Méthode traitement	
	principes de base	
	Aucun	
	autonomie	
	activités significatives	
	Fonctionnement	
	environnement	
	Sécurité	
	participation	
	Occupation	
	Satisfaction	
	Équilibre	
Définition de la santé Q 16: Quelle est votre	Modèle médical (N=1)	
	non médical (N=23)	capacité de fonctionner
		bien-être

définition de la santé?		influencer environnement
DÉFINITION DES TERMES Prévention Promotion Q11 : Quelles différences faites-vous entre prévention primaire, prévention secondaire, prévention tertiaire et promotion de la santé?	adéquat (N=1)	
	non (N=23)	
Prévention Primaire Q12 : Considérez-vous que vous intervenez dans chacun de ces domaines (prévention) dans le cadre de vos fonctions? Si oui, donnez-moi des exemples.	Secondaire	
	Tertiaire	
Promotion de la santé Q12 : Considérez-vous que vous intervenez dans chacun de ces domaines (promotion) dans le cadre de vos fonctions? Si oui, donnez-moi des exemples.	professionnel	
	Bénévoles	
	Équipe	
	déficiences intellectuelles	
Pratique renouvelée Q13 : Si on vous offrait un poste en éducation à la santé, qu'est-ce que vous feriez s'il n'y avait aucun obstacle financier ou autre?	stimulation du développement précoce de problèmes chez l'enfant	
	pratique communautaire collaborative	
	occupation par l'adaptation et l'équilibre occupationnel inclue promotion de la santé mentale par l'équilibre occupationnel	
	intégration sociale	
	matériel éducatif	
	pas de réponse	
Bon coup Q5 : Quelles sont les	faire valoir la profession	
	faciliter le maintien et	

interventions en éducation à la santé qui ont bien fonctionné ? Vos bons coups ? Pourquoi ?	l'intégration de personnes souffrant d'un handicap dans leur environnement	
	aider à l'acceptation d'un handicap	
	améliorer la qualité des soins	
Rôle dans dix ans Q14 : Comment voyez-vous l'ergothérapeute comme éducateur à la santé dans dix ans?	vision pessimiste	
	vision positive	augmentation due au vieillissement population
		accroissement du travail dans le milieu naturel
		augmentation du rôle de consultant
		augmentation du rôle préventif
		spécialisation de l'ergothérapie
		augmentation des sphères d'activités
Image Q10 : Si vous aviez à choisir une image pour décrire vos interventions portant spécifiquement sur l'éducation à la santé, que serait-elle ?	Aucune image	
	axée sur le processus	
	Centrée sur la modalité d'intervention	
	Focalisée sur le rôle	
	finalité de l'intervention	
Obstacles Q6 : Quelles sont les interventions qui ont été difficiles ? Pouvez-vous identifier les obstacles ?	administratif	
	Opérationnel	Facteurs personnels
		Normes sociales
		Environnement
	éducatif	
	administratif	
Occupation, concept clé Q15 : Que pensez-vous quand l'Association canadienne des	Accord	aide à la profession mais application pratique difficile
		besoin de précision
		mauvaise traduction

ergothérapeutes dit que l'occupation est le concept sur lequel les ergothérapeutes devraient appuyer leurs interventions en éducation à la santé ?		
---	--	--

APPENDICE I

PRISES DE POSITION INDIVIDUELLE PAR RAPPORT AU RÉFÉRENTIEL COMMUN

Cognitions descriptives			Cognitions prescriptives		Cognitions évaluatives
	Modèles d'éducation ME=un modèle dit expérimentiel appris par la pratique ou intuitif MP : modèles ergothérapeutiques de pratique MS=modèles d'intervention adoptés par l'équipe de soins <i>Enseignement</i> EP- pratico-pratique ET =théorique EM =mixte <i>matériel éducatif,</i> mm=matériel limité fabrication maison mt=matériel standardisé	Définition de la santé M=Modèle médical : C=capacité de fonctionner B=bien-être E-influencer environnement	Bon coup P=faire valoir la profession M=faciliter le maintien et l'intégration de personnes souffrant d'un handicap dans leur environnement A= aider à l'acceptation d'un handicap Q=améliorer la qualité du travail	Pratique renouvelée S=stimulation du développement dépistage précoce de problèmes chez l'enfant C= la pratique communautaire collaborative A= occupation par l'adaptation et l'équilibre occupationnel inclue promotion de la santé mentale par l'équilibre occupationnel I= l'intégration sociale É=matériel éducatif ?=pas de réponse	Image O= aucune image P= axée sur le processus M=centrée sur la modalité d'intervention R= focalisée sur le rôle F= finalité de l'intervention
Pragmatique accommodateur (n=7)					
2	ME EP mm	M rectifié en fin d'entrevue par B	P	É	R
5	ME EP mm	B	QM	S	O
8	ME EP mm	C B	Q	I	M
7	ME EP mt	B	Q	C É	O
6	ME		M	S É	R

	EM Mm	B			
16	ME mm	M	M	S	M
24	ME EP mt	C B	Q	C	O
9	ME EP mm	B	A	?	O
Pragmatique convergent (n=5)					
10	ME EM mm	C B	M	C	M
17	ME ET mm	C	M	C	R
22	ME EM mm	C	M	É C	R
21	ME ET mm	C B	Q	I C	R
19	ME ET mm	C	M	C S I	R
Théorique accommodateur (n=9)					
4	MP EP mm	C E	Q	C	R
1	MP EM mm	C	Q	C	R
11	MP EM mt	B C	A	C	P
12	MP EM mt	C	M		P
14	MP	C	P		R

	EM Mm				
15	MP EM mt	C B	Q P		R
20	MP EP mm	C E	M	C É	F
18	MP ET mt	C	M		M
23	MP EP mm	C	A		R
Théorique convergent (n=2)					
3	MS ET mt	C	A	S I	M
13	MS ET mt	C	M		P